

Dictamen Núm. 235/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de diciembre de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 19 de noviembre de 2025 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye a un error diagnóstico, tratamiento incorrecto y retraso asistencial por parte del servicio de salud del Principado de Asturias

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 31 de octubre de 2024 se presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial, suscrita por la perjudicada y dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por los perjuicios que atribuye al error diagnóstico, tratamiento inadecuado y demora asistencial de la clínica que presentaba, lo que, según afirma, puso riesgo su vida dejándole secuelas.

Relata que el 26 de abril de 2022 su médico de Atención Primaria la derivó al Servicio de Urgencias del Hospital "X" para descartar "trombosis del seno cavernoso" y "tras las pruebas pertinentes, se determina ingresarla y anticoagularla, por sospecha de trombosis arteriovenosa", quedando "pendiente de (resonancia magnética) para confirmar diagnóstico".

Continúa refiriendo que "desde la mañana" del día 30 de abril de 2022 comienza con "dolor hemiabdominal izquierdo" del que sigue quejándose a las 17:43 "a pesar del Enantyum". A las 18:16 horas del mismo día la ve una doctora que anota en la hoja de curso clínico hospitalario que "avisan por dolor abdominal desde esta mañana que se ha exacerbado tras la merienda y que cede parcialmente a analgesia pautada./ Cuando la veo, nerviosa, refiere dolor tipo cólico en hemiabdomen I de aparición esta mañana (...). A la exploración, abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación profunda. Peristalsis presente". A las 18:44 se anota que "avisan por mareo TA 80-40. Palidez cutánea. Nauseas tras mareo./ Se coloca en Trendelemburg-TA 120-60./ Se administra 500 ml de suero fisiológico./ Abdomen blando, molestias en hipocondrio izquierdo sin signos de irritación peritoneal. Meteorismo./ Se administra Buscapina./ Pendiente de analítica./ JC: Dolor abdominal sin signos de irritación peritoneal en contexto de meteorismo-estreñimiento". A las 18:47 se reciben los "resultados analítica" y a las 19:26 "se administran Micralax y laxante". Finalmente a las 20:30 horas, ante el "empeoramiento del dolor y solo en ese momento, se solicita un tac urgente" que muestra un "gran hematoma retroperitoneal izquierdo con componente peri y parrenal".

Manifiesta la reclamante a continuación que "en conclusión, después de más de doce horas, en la que la paciente no paró de quejarse, no fue asistida por el médico hasta las 18:15 horas (...) diagnosticada y medicada erróneamente de estreñimiento y no es hasta las 21:22 horas, cuando se realiza el TC y derivada" al Hospital "Y" "a las 22:00 horas, momento en que se determina la gravedad de la paciente, y riesgo de vida". Continúa refiriendo que el día 1 de mayo se practica "arteriografía y embolización" en el Hospital "Y" "con carácter urgente", recibiendo el alta hospitalaria el día 13 de mayo de

2022. Posteriormente, “continúa con pruebas y revisiones” para control del hematoma hasta el 22 de abril de 2023 cuando “recibe el alta médica de Medicina Interna, continuando con las revisiones de Urología”.

En cuanto a la relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público aduce que, “como consecuencia de la anticoagulación realizada, durante varios días, desde el ingreso en el Hospital ‘X’ el 26 de abril, por sospecha de trombosis seno venoso (que después fue descartado), por el error en el diagnóstico y medicación y por el retraso en su atención, pese a las quejas de la paciente, el día 30 de abril de 2022 (...) sufrió un hematoma retroperitoneal izquierdo con sangrado arterial activo, que casi le provoca la muerte y le produjo como secuelas una atrofia del pelon inferior del riñón izquierdo y un hematoma residual de 36 x 29 mm./ Además, sufre dolores lumbares crónicos en relación con la fibrosis residual, y trastorno de estrés postraumático./ En vista de lo expuesto y de los hechos que fueron aconteciendo, parece claro que la medicación pautaada desde ingreso, en el Hospital ‘X’, se efectuó de forma negligente./ Hay que añadir que el retraso en su atención, pese a las quejas de la paciente desembocaron en un cuadro agudo, que le he producido graves daños irreversibles”.

Cuantifica los daños sufridos en noventa y ocho mil cuarenta y cinco euros con ochenta y ocho céntimos (98.045,88 €).

Adjunta diversa documentación clínica relativa al proceso asistencial por el que reclama, junto con el informe librado por una psicóloga privada el día 1 de julio de 2024.

2. Mediante oficio de 20 de noviembre de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido servicio, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas aplicables, el plazo de resolución y notificación del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 11 de diciembre de 2024 la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de la paciente en el Hospital "Y".

Por otro lado, el día 22 de abril de 2025, la Gerencia del Área I remite al Instructor una copia de la historia clínica de la paciente junto con los informes que suscriben el Jefe del Servicio de Medicina Interna y la Jefa del Servicio de Urgencias del Hospital "X", con fecha 10 y 18 de abril de 2025, respectivamente. Ambos informes se limitan a referir los signos y síntomas que presentaba la paciente al ingreso así como los resultados de las pruebas y las decisiones clínicas adoptadas para el abordaje de la enferma a la vista de la sospecha diagnóstica que se manejaba, sin realizar ninguna valoración de las imputaciones efectuadas por la reclamante.

4. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 15 de septiembre de 2025 a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias por dos especialistas, una en Medicina Interna y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él, tras relatar el curso clínico de la paciente y realizar una serie de consideraciones sobre el dolor abdominal agudo, la trombosis del seno cavernoso, la patología trombótica asociada a COVID-19, el hematoma retroperitoneal, el riesgo de sangrado asociado al tratamiento con enoxaparina y la reacción de hipotensión que puede provocar la administración intravenosa de metamizol (Nototil), concluyen que "no ha habido mala praxis en la atención sanitaria prestada". Más concretamente, destacan que fue "correcto y acorde a la *lex artis* establecer la sospecha diagnóstica" de trombosis cerebral, pues "la paciente, durante el curso de una infección aguda por COVID-19 presenta cefalea persistente (al 8.º día de evolución de la infección aún refiere cefalea a pesar de analgesia que se ha potenciado en los días previos)" y "es bien conocido que la infección COVID-19 se asocia con eventos trombóticos, que son mucho más frecuentes que en población general. La trombosis venosa cerebral

se presenta en la mayoría de los casos (89 %) como cefalea, y tiene una incidencia de 800 casos por millón de habitantes en pacientes con infección COVID-19, frente a los 12 casos por millón de habitantes en población general". Destacan que "en Urgencias se realiza tac craneal, que no es normal, y no permite descartar la existencia de trombosis de seno cavernoso" y que "la trombosis de senos venosos cerebrales es una patología grave con una mortalidad elevada, en torno al 10 %", por lo que "siendo una patología grave, se decide ingreso hospitalario y se inicia tratamiento". Seguidamente indican que la "indicación de tratamiento con HPBPM" fue "correcta", pues "la elevada sospecha de trombosis venosa cerebral no descartada con los medios disponibles obliga a iniciar tratamiento, acorde a las Guías Clínicas vigentes y a la *lex artis*, lo antes posible. El retraso en el inicio de la anticoagulación se asociaría con un peor pronóstico funcional". Tras descartar que existiera "sobredosificación" del anticoagulante administrado, rechazan que el sangrado retroperitoneal fuera "esperable", pues los factores de riesgo son "edad avanzada" e "insuficiencia renal", en tanto que la paciente "tenía 49 años en el momento de los hechos y su función renal ha estado siempre dentro de la normalidad". Indican al respecto que "la incidencia de sangrado grave en pacientes en tratamiento con enoxaparina es muy baja, del 0,1 % global./ Por tanto, al hacer la valoración riesgo-beneficio de iniciar el tratamiento anticoagulante, es claramente a favor de tratar: patología con mortalidad elevada (10 %), cuyo tratamiento en ausencia de factores de riesgo tiene una tasa muy baja de complicaciones graves (inferior al 0,1 %)". Seguidamente analizan si una vez que se presenta el dolor abdominal puede apreciarse que exista retraso diagnóstico del hematoma retroperitoneal, lo que niegan señalando que "el dolor abdominal puede tener múltiples causas, muchas leves pero algunas graves" y destacan que, en el caso de que se trata, "en cada valoración se realiza exploración en busca de signos de alerta o gravedad, que no están presentes", como son el "bajo nivel de conciencia", la presencia de "signos de hipoperfusión" (cianosis y desaturación), "inicio súbito", "presencia de peritonismo" y "politraumatismo". Afirman que "descartado un abdomen

agudo (...) se pauta tratamiento sintomático y se solicita analítica sanguínea para descartar otras complicaciones” y que, pese a que “la analítica no confirma ningún diagnóstico (...), ante la persistencia de dolor no explicado en paciente anticoagulada se decide realización de tac abdominal, incluso en ausencia de anemia. Se mantiene vigilancia activa, se explora en varias ocasiones y se actúa con diligencia exquisita”. Por otro lado, significan que el cuadro de hipotensión que presenta la paciente se explica por la administración de Nolotil que “se asocia con hipotensión frecuentemente”, y que la función renal de la reclamante no está afectada pues “la función de filtrado del riñón es normal, como queda acreditado por las múltiples analíticas aportadas en la documentación”. Señalan finalmente que “durante su estancia” en el Hospital Universitario Central de Asturias “se hace seguimiento multidisciplinar con resolución de los problemas que presenta” y que “en ningún momento presenta deterioro de la función renal durante el ingreso ni durante el seguimiento en consultas tras el alta”.

5. Mediante oficio notificado a la interesada el 1 de octubre de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia, adjuntando una copia del expediente administrativo, y le concede un plazo de quince días para formular alegaciones y presentar cuantos documentos y justificaciones estime procedentes.

El día 16 de octubre de 2025, se presenta en el registro electrónico de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones, suscrito por una letrada que actúa en nombre de la perjudicada en el que se “mantiene y reitera íntegramente todo lo expuesto en el escrito de reclamación”.

6. El día 27 de octubre de 2025, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que, “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Dado que la paciente padecía una infección por COVID-19 y las imágenes radiológicas (eran) sospechosas de una posible trombosis del seno cavernoso, se decidió iniciar el tratamiento,

dadas las importantes complicaciones que puede presentar esta patología (10 % de mortalidad, oftalmoplejía, ceguera, accidente cerebrovascular, etc.). El hematoma retroperitoneal es un riesgo del tratamiento anticoagulante. La complicación fue solucionada de forma satisfactoria”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de noviembre de 2025, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k) de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a) y 40.1, letra a) de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En lo referente al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que el derecho a reclamar “prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el procedimiento ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 31 de octubre de 2024 y, teniendo en cuenta que el seguimiento multidisciplinar de la paciente tras el proceso asistencial por el que se reclama se prolongó hasta el día 7 de noviembre de 2023, fecha en que tiene lugar la última consulta del Servicio de Urología, hemos de concluir que la acción ha sido ejercitada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, al menos formalmente, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, en cuanto al informe de los servicios a los que se imputa la actuación lesiva hemos de recordar una vez más, como venimos señalando desde el inicio de nuestra función consultiva, que una instrucción adecuada no puede conformarse con la incorporación de informes que se limiten a relatar o reproducir la realidad que ya se recoge en la historia clínica sin abordar explícitamente las imputaciones vertidas en el escrito de reclamación sino que

deben pronunciarse de modo expreso sobre las concretas imputaciones realizadas por la parte reclamante. Ahora bien, puesto que en el caso de que se trata el contenido del informe médico librado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias viene a suplir tales carencias proporcionando elementos de juicio suficientes para emitir nuestro dictamen, consideramos que no es necesaria la retroacción de actuaciones al objeto de recabar nuevos informes y podemos, por tanto, proseguir nuestro análisis.

Por último, se aprecia que, en el momento de emitir el presente dictamen, se ha rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b) de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la

Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la interesada reclama una indemnización por los daños que atribuye al error diagnóstico, tratamiento inadecuado y demora asistencial de la clínica que presentaba, lo que, según afirma, puso en riesgo su vida dejándole secuelas. La documentación obrante en la historia clínica y la aportada por la interesada junto con el escrito de reclamación acredita la efectividad de algunos de los daños que se reclaman, todo ello con independencia de cuál deba ser su concreción y valoración económica, cuestiones estas que solo abordaremos de apreciar que concurren el resto de requisitos generadores de la responsabilidad que se demanda.

Ahora bien, acreditada la realidad de los daños señalados, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se

une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También es criterio de este Consejo, que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota, por sí mismo, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, la responsabilidad patrimonial no solo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024) que, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios, excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse, por tanto, a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que alude el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017

-ECLI:ES:TS:2017:2946- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), que “impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico, o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que, a partir del diagnóstico final, se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, como sucede en este caso, debe acreditar que los síntomas o signos, existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan con una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el caso sometido a nuestra consideración, la reclamante tacha de erróneas tanto la sospecha diagnóstica de trombosis venosa cerebral establecida el día de su ingreso en el Hospital “X” como la decisión de administrar un fármaco anticoagulante. Asimismo, considera que el diagnóstico del hematoma retroperitoneal realizado en la tarde del día 30 de abril de 2022 fue tardío como consecuencia de la desatención y errónea valoración del dolor abdominal que presentaba desde la mañana de ese mismo día. Sin embargo, no aprueba prueba pericial alguna que sustente sus imputaciones. Frente a tales reproches, huérfanos de toda prueba, el informe librado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, incorporado al expediente en el curso de la instrucción del procedimiento a instancias de la Administración sanitaria señala, de forma razonada, que se actuó en todo momento de acuerdo con la *lex artis ad hoc*.

En efecto, según dicho informe, que integra junto con la historia clínica, el único acervo documental de que disponemos para formar nuestro juicio, la asistencia prestada a la interesada fue en todo momento correcta. Así, según destacan los facultativos autores del informe señalado, el establecimiento de la sospecha diagnóstica de trombosis venosa cerebral no fue desacertado si se considera que la paciente presentaba cefalea aguda persistente en el contexto de una infección por el virus COVID-19, que dicha infección vírica se asocia en ocasiones con eventos trombóticos y que las imágenes del tac no permitían descartar la trombosis cerebral. Por otro lado, la decisión de administrar a la paciente el tratamiento anticoagulante (enoxaparina) indicado para la citada patología sin esperar a obtener la confirmación del juicio diagnóstico fue correcta y prudente pues, como señalan los mismos doctores, la trombosis cerebral es una “patología grave con una mortalidad elevada” y “el retraso en el inicio de la anticoagulación se asociaría con un peor pronóstico funcional”. La valoración de los parámetros de riesgo y beneficio del citado tratamiento eran, como se destaca en el mismo informe, claramente favorables a la administración del fármaco señalado, pues la tasa de complicaciones graves del mismo en ausencia de factores de riesgo (edad avanzada e insuficiencia renal) era inferior al 0,1 %, en tanto que la trombosis cerebral tiene una tasa estadística de mortalidad del 10 %, todo ello sin contar con las secuelas funcionales que frecuentemente ocasiona un evento de estas características, a las que alude la propuesta de resolución.

En cuanto al supuesto retraso diagnóstico del hematoma retroperitoneal, manifestado clínicamente en el caso de que se trata mediante dolor abdominal, debe tenerse en cuenta, como se señala en el informe tantas veces citado, que las exploraciones física y analítica, practicadas inicialmente, eran anodinas pues no evidenciaban ningún signo que pudiera alertar de la presencia de un abdomen agudo o de la hemorragia intraabdominal. La clínica se atribuyó en un principio a estreñimiento al valorar, como se anota en las notas de progreso, que la paciente presentaba “dolor cólico intermitente izquierdo abdominal sin signos de irritación peritoneal, con palpación de abundante meteorismo” y que

aquella “es estreñida habitualmente, precisando incluso de ayudarse a evacuar en domicilio, y durante el ingreso se ha intensificado el estreñimiento”. Sin embargo, en una posterior evaluación médica, realizada hora y media más tarde, en la que se considera, según consta en las mismas notas de progreso, que “persiste mucho dolor a pesar de analgesia, asociado a mal estado general. Tanto dolor no parece solo por meteorismo o estreñimiento, ya que con las medidas pautadas debía haber mejorado”, se decide solicitar tac abdominal urgente, “aún con abdomen anodino”, al objeto de “descartar complicación de HPBPM (sangrado retroperitoneal)”, con lo que se consigue establecer certeramente y sin demora la causa de la clínica dolorosa. El tratamiento posterior de la paciente es igualmente correcto, pues se la traslada urgentemente al hospital de referencia para realizar un tratamiento de embolización arterial que cursa sin incidencias; allí recibe atención multidisciplinar por parte de los Servicios de Medicina Interna, Urología, Neumología y Rehabilitación y se culminan los estudios que permiten descartar definitivamente la sospecha clínica de trombosis cerebral.

En suma, los documentos obrantes en el expediente acreditan que se pusieron a disposición de la paciente todos los medios para alcanzar el diagnóstico de las dolencias correspondientes a los síntomas y signos que presentaba en cada momento, para tratarlas adecuadamente y para solucionar la grave complicación que se presentó (hemorragia retroperitoneal), sin que se haya acreditado una praxis asistencial negligente o deficiente. Al contrario, la actuación del personal sanitario fue prudente y resultó acompañada en todo momento a la evolución de la situación clínica de la enferma ajustándose a la *lex artis* según se desprende del conjunto de la documentación obrante en el expediente, por lo que los daños alegados -derivados de la materialización de una complicación muy poco frecuente del tratamiento anticoagulante acertadamente pautado- no resultan antijurídicos y la perjudicada tiene la obligación de soportarlos.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.