

En Logroño, a 18 de diciembre de 2013, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. Pedro de Pablo Contreras, D. José María Cid Monreal, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. Enrique de la Iglesia Palacios, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

65/13

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. F. B. M. y D^a A.S. R., como padres, y D^a B. B. S., como hermana, de D^a B. B. S. por los daños que entienden causados por el fallecimiento de esta última y que imputan a un error de diagnóstico y un retraso en el tratamiento de un Schwannoma (sarcoma malignizado por neuro fibromatosis de la vaina de células de Schwann) y que valoran en 194.124,08 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 4 de abril de 2013, registrado de entrada el siguiente día 8, el Abogado D. F. de M. T., en representación, que acredita documentalmente, de las tres personas antes citadas interpone la referida reclamación de responsabilidad patrimonial, fundándola en los siguientes hechos que resumimos:

-Los días 30 de abril y 3 de agosto de 2010, la paciente a que se refiere la reclamación acudió a su Médico de Atención Primaria por dolor en costado izquierdo sin previo traumatismo. En la primera visita se le pautan antiinflamatorios y, en la segunda, se le realiza una analítica, que es informada como normal.

-El día 1 de noviembre, ante una nueva crisis dolorosa en la región costal izquierda, acude al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, se le realiza una RX de torax y un análisis hemático. Siendo normales, se le diagnostica una costocondritis y se le recomienda control por su Médico de cabecera.

-El 18 de mayo de 2011, acude de nuevo al Servicio de Urgencias, por la misma causa, dolor

punzante en el costal izquierdo, sin esfuerzos ni trauma previos. Tras nueva RX de torax, se diagnostica “esguince intercostal” y se mantiene la recomendación de control por su Médico de cabecera.

-A petición de la Médico de Atención Primaria, el 16 de agosto se le realiza una exploración radiológica, no observándose hallazgos de significación patológica.

-Los días 19 y 22 de septiembre, es atendida de nuevo en el Servicio de Urgencias, sin que se le realicen pruebas distintas a las ya realizadas anteriormente, si bien se alcanza una nueva impresión diagnóstica: “neuritis intercostal izquierda”.

-Tras nueva RX de torax en el Servicio de Urgencias realizada en 1 de noviembre, se diagnostica “ostecondritis” o “Síndrome de Tietze”. Más tarde, en el mismo mes de noviembre, se remite a consulta del Servicio de Neurología, que aprecia un bulto que se describe como “bultoma blando” de 10 cm. de tamaño, que duele a la mínima presión.

-Con fecha 25 de noviembre se realizan a la paciente dos exploraciones (ECO articular y TC tórax SC), ante la aparición en la superficie intercostal, de una masa, valorada como de gran tumoración y con contenido necrótico. Se envía muestra al Servicio de Anatomía Patológica, siendo preciso enviar nueva muestra y, el día 17 de diciembre, se le diagnostica tejido necrótico.

-En el Centro CIBIR, previo estudio tomográfico PET/TAC, con fecha 30 de noviembre, se valora la situación de la paciente como tumor de alto grado tipo sarcoma de partes blandas con necrosis central, cuyo origen se sitúa en una vaina nerviosa desde la que ha proliferado.

-Ante tal valoración, el 12 de diciembre es ingresada para la realización al día siguiente, con toda urgencia, de la resección de la masa tumoral.

-Ante la evolución de la paciente durante dicho mes de diciembre y el de enero de 2012, se programa, para el 17 de enero, un reintervención para ampliación de los márgenes de la resección y reconstrucción con material protésico.

-El 23 de enero, es atendida, por primera vez, en el Servicio de Cuidados Paliativos.

-El 16 de febrero, es atendida en el Servicio de Urgencias, por disnea y rinorrea.

-Un informe del Servicio de Oncología, del 27 de febrero, propone el inicio de tratamiento con quimioterapia.

-El 13 de marzo, en el Servicio de Urgencias, es diagnosticada de leucocitosis con desviación izquierda.

-El 16 de marzo, ingresa en el Servicio de Oncología para inicio del tercer y último ciclo de quimioterapia.

-Un TAC torácico abdominal del 26 de marzo muestra implantes pleurales y en pared costal en hemitorax izquierdo y un pequeño nódulo en lóbulo inferior izquierdo de pulmón de nueva aparición, de 4 mm., sugestivo de metástasis y se evidencian múltiples nódulos y masas a nivel subpleural y en pared costal, la mayor de 40 x 28 mm.

- El 31 de marzo, precisa transfusión sanguínea.
- Precisa tratamiento de radioterapia desde el 23 de abril hasta el 7 de mayo.
- El 23 de mayo, aqueja infección urinaria
- Un TAC abdominal del 22 de junio muestra una masa de 9,1 cm. en pared costal y que el nódulo de LID ha aumentado de 4 a 7 mm.
- Otro TAC abdominal de 20 a agosto muestra progresión generalizada de enfermedad maligna, con más nódulos pulmonares y nódulo tiroideo, así como lesiones en lóbulos hepáticos, nódulo en apófisis facetaria posterior, que produce dolor lumbar y ciático derecho y otro en musculatura glútea, probable metástasis.
- A partir del 22 de agosto, siguiendo informe del Servicio de Cuidados Paliativos, se pauta medicamento compasivo.
- El 4 de septiembre, un TAC cerebral muestra tres lesiones hemisféricas izquierdas claramente metastáticas y es sometida a radioterapia holograneal con intención paliativa, en una situación en que hay metástasis pulmonares, hepáticas, renales, tiroideas y de partes blandas.
- El 25 de septiembre, es reevaluada en el Servicio de Oncología por enfermedad preterminal con complicaciones urológicas y dolor incontrolable, ansiedad y depresión severa, aparte de gran deterioro del estado general, dándose de alta para continuar visitas domiciliarias.
- El 29 de septiembre, ingresa en situación de últimos días, con dolor, intranquilidad e insuficiencia respiratoria, falleciendo el 30 de septiembre.

La reclamación anexa diversos documentos, incluyendo copia de la historia clínica, y solicita una indemnización de 112.387,63 euros, para los padres, y de 81.736.45 euros, para la hermana de la fallecida; y termina interesando, como prueba documental: i) copia del expediente médico de la paciente obrante en el Hospital *San Pedro* y en el Centro de Salud *Gonzalo de Berceo*; ii) aportación, por el referido Hospital, del *Protocolo de actuación para el dolor intercostal agudo*; y iii) aportación, por el Centro de Atención Primaria expresado, del *Protocolo o Guía clínica* de uso en el mismo *para el seguimiento del dolor intercostal agudo*.

Segundo

Mediante Resolución del 10 de abril de 2013, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día inmediato anterior, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Con fecha 11 de abril, la Instructora se dirige al Abogado de los reclamantes comunicándole la iniciación del procedimiento y le informa de los extremos exigidos por el art. 42.4º de la Ley 30/1992.

Cuarto

Mediante comunicación interna del mismo día 16, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Area de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquéllos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada, a la paciente fallecida, en los Servicios de Urgencias, de Neurología, de Cirugía Torácica y de Oncología; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada.

La solicitud es reiterada los días 29 de mayo y 9 de julio del mismo año; y es atendida el 17 de julio con remisión de la historia clínica y de los informes de las Dras. U. B. y S. D.y de los Dres. V. V., M. G. y G. C.

Quinto

El 24 de julio, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución.

Sexto

Obra, seguidamente, en el expediente un informe médico-pericial, emitido a instancias de la Aseguradora W.R. B., que establece las siguientes conclusiones:

“1.- No se reconoce actuación médica contraria a normopraxis. En todo momento, se realizaron las exploraciones y los estudios adecuados al cuadro clínico manifestado por la paciente.

2º.- Tanto el carácter discontinuo del cuadro clínico, como su falta de expresividad y la incidencia extraordinariamente baja de este tipo de tumores, hacían que la sospecha diagnóstica fuera imposible hasta que la lesión se manifestó en forma de bulto superficial. El diagnóstico tardío es característico de estos tumores y no puede atribuirse a una actuación médica incorrecta.

3º.- Tras el diagnóstico, el tratamiento instaurado fue correcto. El rápido fallecimiento de la paciente se debe exclusivamente a la elevada capacidad de crecimiento, local y a distancia, del tumor.”

Séptimo

El Informe de Inspección, de fecha 9 de septiembre de 2013, concluye:

“1.- Estamos ante una paciente joven que presenta un cuadro de dolor costal inespecífico e intermitente, que comienza en abril de 2010 y que, en octubre de 2011, se hace fijo, coincidiendo con la aparición de un bultoma en la parrilla costal izquierda.

Esta sucesión de acontecimientos es la que se deduce de la documentación aportada por los reclamantes y del análisis de las fechas en las que (la paciente) consultó con los distintos Facultativos y de lo que se recogió en la documentación clínica generada en dichas consultas.

2.- La actuación de los distintos Facultativos que atendieron a (la paciente) entre abril de 2010 y octubre de 2011 me parece correcta y ajustada a la lex artis. Se trataba de una paciente joven y sana, sin ninguna sintomatología asociada al cuadro de dolor costal intermitente y sin ningún hallazgo en la exploración física ni en las pruebas complementarias. En este contexto, y teniendo en cuenta lo intermitente de los síntomas, es decir, la mejoría del cuadro con tratamiento, entiendo que fue correcto el no solicitar ninguna prueba complementaria más durante el citado periodo de tiempo.

3.- Es cierto que, en el mes de octubre de 2011, se produce un cambio en la clínica de la paciente (el dolor se hace continuo y aparece un bultoma), pero es igualmente cierto que la respuesta de los Médicos que la atienden es distinta. El Médico de Atención Primaria deriva primero a Neurología. Tras no considerarse el caso como neurológico, se deriva a Medicina Interna y es este Servicio el que diagnostica la patología tumoral. Entre la primera interconsulta y el diagnóstico de la presencia de una patología tumoral, transcurren 23 días. Entre dicho diagnóstico y la intervención quirúrgica por parte del Servicio de Cirugía Torácica, transcurrieron 25 días.

4.- El tipo de tumor que dio origen al cuadro merece también una reflexión. Estamos ante un Schwannoma, o lo que es lo mismo, ante un tumor de la vaina de células de Schwann que rodean a los nervios periféricos. Se trata de un tumor muy poco frecuente y casi siempre benigno. Su malignización está casi siempre asociada a la presencia de una entidad denominada neurofibromatosis, entidad de la que no había ni antecedentes personales ni familiares. Cuando esta malignización ocurre, el pronóstico está ensombrecido por la poca o nula respuesta a tratamiento quimioterápico. Un caso aislado de malignización de un schwannoma es extremadamente inusual.

No se puede, por tanto, concluir en este caso que el fatal desenlace obedeciera a una vulneración de la lex artis. Considero que se dio respuesta adecuada a la paciente en cada momento de acuerdo a la situación clínica concreta y a los medios y protocolos disponibles en el Servicio Riojano de Salud.

Se actuó sobre la sospecha de una patología no grave, cuando la clínica era sugestiva de ella; y, cuando la clínica se agravó, se actuó con la celeridad debida. Desgraciadamente, los Facultativos hubieron de enfrentarse a una enfermedad rara, agresiva y con limitadas opciones terapéuticas una vez que falló la opción quirúrgica.”

Octavo

Mediante escrito de 10 de septiembre, la Instructora se dirige al Letrado de los reclamantes dándole trámite de audiencia.

El Letrado comparece el siguiente día 19 en el Servicio de Asesoramiento y Normativa y, en el mismo acto, se le facilita copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento.

Y, el 4 de octubre, presenta un escrito, fechado el día inmediato anterior, en el que se limita a afirmarse y ratificarse en la reclamación patrimonial planteada.

Noveno

Con fecha 11 de noviembre de 2013, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de *que se desestime la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios*”.

Décimo

El Secretario General Técnico, el día 18 de noviembre, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud y Servicios Sociales, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable a la Propuesta de resolución el día 29 de noviembre de 2013.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 3 de diciembre de 2013, registrado de entrada en este Consejo el día 4 de diciembre de 2013 el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el día 5 de diciembre de 2013, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la

misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción hoy vigente, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse en este caso las cantidades de 112.387,63 euros y 81.736,45 euros, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC).

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto, directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro Dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro Dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o*

por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso.

El relato fáctico que contiene el escrito iniciador de la reclamación se ajusta a la historia clínica de la fallecida. Es un resumen de las atenciones, pruebas, diagnósticos y tratamientos que se le dispensaron desde abril de 2010 hasta su fallecimiento el 30 de septiembre de 2012. Y, aun cuando en el escrito se incurre en algún error o baile de fechas, no parece intencionado ni tiene mayor relevancia en cuanto al fondo del asunto. En síntesis, la descripción de los hechos se ajusta a la penosa realidad.

Penosa, porque no es difícil imaginar el calvario que supuso para la paciente, una joven deportista y sin antecedentes médico-clínicos, el proceso de su enfermedad, especialmente desde que se diagnostica la patología tumoral, de gran malignidad, y se instauran los tratamientos pertinentes, sumamente molestos y agresivos y, desgraciadamente, estériles.

Es igualmente comprensible el daño moral que estos hechos causaron a los ahora reclamantes, unidos a la paciente fallecida por íntimos vínculos de parentesco y convivencia, que les legitima para plantear la presente reclamación.

Ahora bien, por grande que sea el daño, que lo es, de su magnitud por si sola no cabe derivar la responsabilidad patrimonial de la Administración, si no concurre un criterio positivo de imputación de esa responsabilidad, criterio que, tratándose de la sanitaria, como hemos tenido ocasión de mantener en múltiples ocasiones, no puede ser otro que el de la infracción de la *lex artis ad hoc*.

Puede deducirse de la reclamación planteada que la mala praxis que se imputa a los Servicios sanitarios es el retraso en el diagnóstico de la grave patología que, en definitiva, ocasionó la muerte, por falta de las pruebas que hubieran permitido un diagnóstico anterior.

Sin embargo, el estudio de la abundante documentación que integra el expediente y los distintos informes que la misma incorpora, no permite apreciar esa supuesta infracción de la *lex artis*, siendo de destacar que los reclamantes se han limitado, en su escrito inicial, a una serie de apreciaciones subjetivas sobre lo que debía haberse hecho y no se hizo, sin apoyo probatorio técnico alguno. Es más, ultimado el expediente, el representante de los

reclamantes, en el trámite de audiencia, se limita a la escueta alegación de que “*a la vista de la documentación obrante en el expediente, nos afirmamos y ratificamos en la reclamación patrimonial que efectuamos.*” Es decir, que ni siquiera por vía argumentativa intenta desvirtuar los varios informes que excluyen la concurrencia de una mala praxis.

Ante la falta de actividad probatoria que contradiga los diversos informes médicos que obran en el expediente, no existe prueba ni indicio alguno que permita imputar a la Administración sanitaria la responsabilidad por los graves daños sufridos.

Frente al juicio técnico contenido en aquéllos informes, y a pesar de que pudieran cuestionarse por tratarse de informes de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones de los reclamantes o de su Letrado que, siendo también de parte, están realizadas por quien carece de la cualificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso médico.

Falta de calificación que afecta también a los miembros de este Consejo que nos vemos obligados a atenernos al criterio que se desprende de los repetidos informes y concluir que la actuación de cuantos profesionales intervinieron en el proceso asistencial de la paciente fue ajustado a *lex artis*.

En efecto, en el periodo comprendido entre abril de 2010 y octubre de 2011, fue atendida en distintas fechas por presentar un cuadro de dolor intermitente, sin ninguna sintomatología asociada y sin ningún hallazgo en la exploración física ni en las pruebas complementarias (analítica y RX de torax y parrilla costal) que en tales ocasiones se le practicaron. Dado lo intermitente de los síntomas y su mejoría con los tratamientos pautados, tratándose de una paciente joven y sana, está perfectamente justificado no solicitar pruebas complementarias durante dicho periodo de tiempo.

Es el 31 de octubre de 2011 cuando, en consulta externa de Neurología, a la que es remitida la paciente por su Médico de Atención Primaria, se descubre un nuevo síntoma, en concreto un bulto en la parrilla costal izquierda que duele con mínima presión, bulto de reciente aparición (dos semanas), según refiere la propia interesada.

A raíz del diagnóstico emitido por el Servicio de Neurología, “*dolor costal izquierdo de larga evolución y bultoma doloroso en la zona*”, es de inmediato tratada por el Servicio de Medicina Interna, Servicio en el que se le realiza estudio ecográfico de partes blandas superficiales; se deriva el caso al Servicio de Cirugía Torácica para la realización de un TAC torácico; con fecha 13 de diciembre, es intervenida quirúrgicamente, con resección de masa de 8 x 4 cms., siendo el diagnóstico histológico de tumor maligno de vaina periférica, debiendo ser reintervenida el 17 de enero de 2012.

Y, a partir de dicha fecha, se inicia el duro tratamiento oncológico y el largo y penoso proceso que, por desgracia, terminó con el fallecimiento de la paciente.

La falta de diagnóstico anterior a la aparición del bultoma no es imputable, en modo alguno, a una actuación médica contraria a la *lex artis*, sino que está justificado por la propia naturaleza de la enfermedad diagnosticada, tumor de la vaina nerviosa periférica maligno, sarcoma de alto grado de malignidad, que tiene una incidencia en la población general del 0,001% y cuyo diagnóstico, en fase precoz, es excepcional al ser su crecimiento inicial insidioso y asintomático o con síntomas inespecíficos que no permiten sospechar su existencia hasta que se pone de manifiesto, como ocurrió en el presente caso, al aparecer el bultoma. El diagnóstico tardío es característico de estos tumores y no puede atribuirse a una actuación médica incorrecta.

Encontramos razonable el argumento de la pericia aportada por la Compañía aseguradora en el sentido de que el proceso diagnóstico no es un ejercicio de adivinación sino un ejercicio de deducción a partir de los datos de los que el Médico dispone en el momento de su actuación, mientras que, en el presente caso, la reclamación está construida partiendo del conocimiento “*ex post*” de la existencia del tumor.

Como síntoma aislado, el dolor costal - aduce también dicha pericia - no permite sospechar la existencia de patología subyacente y no justifica la realización de estudios complementarios, al menos en tanto la respuesta al tratamiento analgésico sea satisfactoria, tal y como ocurrió en este caso. En estas circunstancias, ni cabía remotamente la sospecha de que se estuviera desarrollando un tumor maligno de la vaina nerviosa ni estaba indicada la realización de pruebas de imagen distintas a los estudios radiológicos que se le realizaron en la fase anterior a la aparición del bultoma.

Hemos de concluir, en definitiva, que no puede imputarse el fatal desenlace a una vulneración de la *lex artis*.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación planteada al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a la Administración pública sanitaria.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por

Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero