

En Logroño, a 15 de abril de 2016, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero y de los Consejeros, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, habiéndose ausentado el Consejero D. José María Cid Monreal, por concurrir en el mismo causa legal de abstención, y siendo ponente D. Pedro María Prusén de Blas, emite, por unanimidad de los asistentes, el siguiente

DICTAMEN

11/16

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm.a Sra. Consejera de Salud en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a M^a.P.B.M. y sus hijos, D. G, D. P. y D. C.P.B, por los daños y perjuicios que entienden causados por diagnóstico tardío de un aneurisma de aorta, con pérdida de oportunidad terapéutica y resultado de muerte de su, respectivamente, esposo y padre, D. P.P.G; y que valoran en 143.794,01 euros, para la viuda, más 23.965,67 euros para cada uno de los citados hijos.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

1. Los expresados reclamantes, mediante escrito fechado el 20 de enero de 2015, y registrado el 22 siguiente, formulan escrito de responsabilidad patrimonial de la Administración, en reclamación de la cantidad total de 215.691,02 euros. Los hechos y **alegaciones en que fundan su reclamación** son las siguientes:

“PRIMERA.- El día 23 de agosto de 2014, (el paciente) telefoneó a su esposa, indicándole que tenía un dolor muy intenso en la parte superior izquierda de la espalda, como una contractura, y que pasara a recogerle en coche. (La misma) observó que su marido tenía mal color (como gris) y sudor frío. Al llegar a casa, tenía mucho frío, se le puso el termómetro, que no pasaba de 34 grados; se encontraba empapado en sudor y muy pálido, y continuaba quejándose de dolor en la espalda con sensación de mareo y de náuseas. Hacia las 01,00 horas, cuando se iba a duchar, se desmayó

durante unos segundos. Estaban llamando al 112 cuando intentó incorporarse, pero volvió a perder el conocimiento, cayendo al suelo.

-Hacia la 1,15-1,30 horas de la madrugada del día 24 de agosto, llegaban al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro y le dijeron que permaneciera a la espera en una sala. A las 2,30 horas, le hicieron una analítica y un electrocardiograma; y, a las 3,10 horas, le pasaron a un BOX. El paciente estuvo consciente durante toda la noche y proseguía quejándose de dolor, a pesar de los calmantes que le administraban. Estaba monitorizado y le habían puesto un suero. Le preocupaban las constantes que aparecían en el monitor, presentando una hipotensión (tensión por los suelos) y una taquicardia con 130-150 pulsaciones por minuto. Iban pasando las horas con los mismos síntomas y el Médico del Servicio de Urgencias entró al BOX en varias ocasiones, manifestando textualmente lo siguiente:

«... se veía un corazón grande y una mancha oscura que no sabía que podría ser. También que la glucosa estaba elevada y se le comentó que había tomado, a las 12, un vaso de leche con glucosa porque se pensó que lo que le estaba pasando era un bajón de tensión, por no haber comido durante el día...».

-El paciente continuaba quejándose de frío por lo que le pusieron una manta y le cambiaron las sábanas, que estaban mojadas de sudor. A las 8,30 horas del domingo 24 de agosto, le sirvieron el desayuno (café con leche y galletas). Algo después, les visitó otro Médico y dijo «... que algo no cuadraba y que le iban a hacer un TAC». A continuación, llegó el Cirujano cardiovascular y se reunió con la (esposa del paciente) en un despacho. Le informó que la situación era muy grave, que se trataba de un aneurisma de la arteria abdominal y que ya no había tiempo de proceder a su traslado a Santander o a Pamplona, porque había perdido mucha sangre, tenía los pulmones encharcados y le quedaban dos horas de vida. Se solicitó el traslado del paciente en helicóptero, pero le dijeron que resultaría inviable, que fallecería en el camino y que el Cirujano cardiovascular iba a intentar lo imposible y que se estaba preparando el quirófano. Posteriormente, el (paciente) entraría en quirófano y, a las 14,30 horas del día 24 de agosto de 2014, se firmaba su certificado médico de defunción, señalando, como causa inmediata de la muerte, una parada cardio respiratoria y la causa intermedia: un aneurisma torácico-abdominal disecante roto.

SEGUNDA.- Cabe resumir la situación clínica que presentaba el (paciente) como la siguiente: i) había sufrido dos episodios sincopales; ii) había referido haber sufrido un intenso dolor e incluso una sensación de chasquido que localizaba en la región posterior del tórax y en la parte superior e izquierda de la espalda; iii) había presentado una importante palidez en la cara y en los labios; iv) había sufrido una importante sudoración, hasta haber empapado la ropa; v) presentaba hipotermia; vi) había referido sensación de mareo y náuseas; vii) presentaba una hipotensión sistólica 100/70 mm; viii) presentaba una taquicardia 130 lpm.

TERCERA.- En la historia clínica, se recogía que el paciente acudía (al Servicio de) Urgencias (presentando la siguiente **sintomatología**):

«Esta tarde, tras realizar un esfuerzo, nota un chasquido a nivel dorsal con dolor intenso, sudoración y palidez cutánea. A su llegada a casa y al incorporarse del sofá, nuevo cuadro de sudoración con dolor y palidez cutánea y posterior cuadro sincopal (sin mordedura de lengua ni movimientos tónico clónicos). Su mujer le ha administrado complementos de glucosa. No dolor torácico. Ahora se encuentra asintomático».

*-En la **exploración general** que le realizan, cabe destacar que anotan la presencia de una ingurgitación yugular. La auscultación cardiaca, en ese momento, denotaba una frecuencia rítmica de 114/pm, sin presencia de soplos ni roces, «... tonos apagados». En la auscultación pulmonar, anotaban: «... semiología de derrame pleural izquierdo». Por último, anotaban la presencia de dolor a la palpación, a nivel dorsal izquierdo, donde palpaban una contractura muscular.*

*-Con respecto a las **pruebas complementarias**, que le practican a las 3,00 horas de la madrugada, parece que se redujeron a practicarle una analítica de sangre, recogiendo, a esa hora, los siguientes resultados: i) Hematología: leucocitos 19.900, neutrófilos 17.600, plaquetas 182.000, hematocrito 37.8%, hemoglobina 12.4; ii) Coagulación: INR 1.32, tiempo de protrombina 69%; iii) Bioquímica: creatinina 1.51, glucosa 281, resto normal; iv) PCR: normal; v) PRO BNP: 373; y vi) Enzimas cardíacas: troponina 20.3, CK 294, mioglobina 367. Lo más llamativo de esta analítica resultaría la cifra muy elevada de leucocitos, que prácticamente duplican los valores normales (10.000) y, fundamentalmente, en base a la elevación importante de neutrófilos (valores normales de 2.100). Es lo que, desde el punto de vista médico, se denomina una leucocitosis con desviación a la izquierda, hallazgo que se encuentra en las hemorragias agudas. Cabe observar también una cifra baja de hemoglobina (12,4), ya que los valores habituales, que son de esperar en los hombres, son de 16 +/-2.*

*-En el informe de asistencia en (el Servicio de) Urgencias, se señala que, en el estudio **Rx de tórax** que le habían realizado, se apreciaba una cardiomegalia (es decir, un corazón de mayor tamaño de lo normal) y un pinzamiento en el seno costofrénico izquierdo (es decir, de una manera sencilla, una disminución en el campo pulmonar basal izquierdo). La realidad es que el estudio Rx, que le practicaron y que se aporta, pone en evidencia la desaparición, prácticamente completa, del lóbulo inferior izquierdo, la aparente presencia de una enorme cardiomegalia, y un infiltrado difuso que afecta a todo el campo pulmonar derecho. Las imágenes ponen de manifiesto que el citado estudio Rx se hizo, casi con total seguridad, con el paciente en bipedestación. Las imágenes son, por decirlo de alguna manera suave, muy alarmantes, y ponen o deben poner en alerta máxima al respecto de la presencia de un grave hemotórax en el pulmón izquierdo e incluso de un hemomediastino. Es decir, estas imágenes, por sí solas, deberían de haber indicado, de forma urgente, la práctica de un TAC torácico.*

*-El siguiente **control analítico**, aparece como realizado a las 6,00 horas, dando las siguientes cifras: i) Hematología: Hb 11, plaquetas 127.000, leucocitos 13.300 con 11.900 neutrófilos; ii) Bioquímica: glucosa 179, creatinina 1.35, resto normal; iii) PCR: normal; y iv) Enzimas cardíacas: troponina 30.5, CK 198, mioglobina 211. En esta analítica, las alarmas al respecto de una hemorragia ya han tenido que saltar, al apreciarse una disminución en las cifras de hemoglobina (11 versus 12.4) y una disminución en la cifra de plaquetas (127.000 versus 182.000).*

CUARTA.- Encargado, por los exponentes, la elaboración de un **informe pericial, al Dr. D. V.F.T;** y, a la vista de toda la documentación examinada por el mismo, y que consta bajo el apartado A) de su informe; por este Facultativo, se concluye:

«PRIMERA.- De la lectura detenida de los apartados anteriores, se desprende, en mi opinión, sin ningún género de duda, que los síntomas y signos clínicos que presentó el (paciente) en las últimas horas del día 23 de agosto de 2014, y durante su ingreso en el Hospital San Pedro de Logroño, debieron de hacer sospechar la presencia de un aneurisma de aorta. Esta sospecha se basaría en todos los síntomas relatados: dolor intenso en la región dorsal izquierda, dos episodios sincopales, palidez de piel y mucosas, hipotermia, diaforesis (sudoración

profusísima), taquicardia, la historia clínica previa de una hipertensión arterial... Y, a todos estos síntomas (*hay que*), añadir los hallazgos que se objetivan en la analítica que le realizan a su ingreso, con una leucocitosis que duplica a los valores considerados como normales; el descenso llamativo de la cifra de hematíes y de hemoglobina; el descenso del valor hematocrito; el electrocardiograma que le practicaron y que descartaba, en principio, la presencia de un infarto de miocardio; y, fundamentalmente, el estudio radiológico simple de tórax, cuyas imágenes deberían de haber sentado la indicación de practicarle al paciente un TAC de inmediato, sin demorarlo hasta la mañana del día 24 de agosto de 2014, cuando habían transcurrido más de seis horas desde que se apreciaron todos los aspectos clínicos mencionados.

SEGUNDA.- Aunque, al haberle realizado al paciente el diagnóstico con la debida premura, y, en consecuencia, pautar, con toda la urgencia, el tratamiento quirúrgico, que estaba absolutamente indicado, no hubiera garantizado, en absoluto, la supervivencia del (*paciente*), el hecho cierto es que existe una pérdida de oportunidad al respecto de un posible traslado, con todos los cuidados necesarios, a algún Centro de referencia o a algún Centro hospitalario que contara con los Equipos especializados y con la experiencia suficiente como para poder intentar, con más garantías de éxito, la intervención quirúrgica. Desde Logroño a la CUN, se llega, en una UVI móvil, en menos de una hora en la actualidad.

TERCERA.- El hecho cierto es que, no sólo no se le hizo el diagnóstico con la suficiente premura, sino que, además, sin haber llegado todavía a un diagnóstico de lo que le estaba ocurriendo al paciente, se le dio el desayuno, por lo que tampoco accedió al quirófano en las debidas condiciones de ayunas que habitualmente se requieren para cualquier tipo de intervención quirúrgica, por sencilla que ésta sea.

CUARTA.- Lamentablemente, es evidente que la demora en llegar al diagnóstico supuso una agravación progresiva del estado del (*paciente*), como puede verse sencillamente observando el deterioro de las cifras de hemoglobina y de hematíes que fue presentando en los diferentes análisis clínicos que le fueron realizando, como señal inequívoca de la grave hemorragia interna que se estaba produciendo. El tratamiento que se le estuvo administrando, hasta ser debidamente diagnosticado y conducido al quirófano, era totalmente inoperante, es decir, carecía de la posibilidad de darle al paciente la única esperanza curativa o de supervivencia, es decir, haber procedido, con la máxima urgencia, a intervenir quirúrgicamente.

QUINTA.- En base a lo anterior, se reclaman las siguientes cantidades derivadas del fallecimiento del (*paciente*): i) para su viuda, por el perjuicio, incluido daño moral derivado del fallecimiento de su esposo, la cantidad de 143.794,01 euros; y ii) para cada uno de los hijos, 23.965,67 euros. A estas cantidades, se llega aplicando, por analogía, el baremo de la Ley de Tráfico y atendiendo a los ingresos de la víctima y la edad de los hijos».

2. A dicha reclamación, se adjuntan los siguientes documentos: i) copias de los D.N.I de los reclamantes; ii) copia de escritura de poder a favor de la viuda del paciente; iii) copia del Libro de Familia; y iii) informe pericial del Dr. F. y documentación médica relativa a la asistencia prestada al fallecido.

Segundo

En fecha 27 de enero de 2015, se dicta Resolución por la que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructora del mismo.

Por escrito de 2 de junio de 2014, la Instructora comunica a los interesados la iniciación del expediente y les informa de los extremos exigidos por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992. Asimismo, se remite a la Aseguradora A. copia de la reclamación presentada, la cual da traslado de la misma a la Compañía de seguros W.R.B.E.Ltd., S. en España.

Tercero

Por comunicación interna de fecha 30 de enero de 2015, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro* solicitando cuantos antecedentes, datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al fallecido; una copia de la historia clínica, centrada en la asistencia reclamada; y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada.

Dicha petición fue reiterada por la Sra. Instructora mediante nueva comunicación interna de 23 de marzo de 2015.

Cuarto

Con fecha de 22 de abril de 2015, la Directora del Área de Salud remite a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud (Servicio de Asesoramiento y Normativa), la documentación solicitada por la Instructora; en concreto, los informes elaborados por los Dres. D. M.Á.G.A, D. S.R.C, D. G.F.C, y por los enfermeros D^a P.R.G. y D. J.F.M.

En el **informe del Dr. D. M.Á.G.A**, se alcanzan las siguientes conclusiones:

*“PRIMERO.- Podemos decir que la actuación con (el paciente), tras su diagnóstico de **aneurisma disecante toracoabdominal roto**, fue realizada con profesionalidad y diligencia por parte del Hospital San Pedro.*

*SEGUNDO.- La visualización del pronóstico de la enfermedad fue transmitida a la familia **inmediatamente** tras el diagnóstico, y no se ocultó información alguna, advirtiéndole a su esposa del alto riesgo de muerte de su familiar, como al final aconteció.*

TERCERO.- La elección de la técnica fue acertada, y se ofreció dicho tratamiento con la mayor urgencia posible tras el diagnóstico, por personal especialista totalmente capacitado, dotado de la experiencia necesaria y los medios necesarios para afrontar una intervención de esta magnitud, sin existir, por tanto, ninguna actitud temeraria o de intrusismo de otra Especialidad en los recursos ofrecidos. De hecho, la actitud temeraria e imprudente hubiera sido el traslado a otro Centro como el que indica el Dr. V.F, que difícilmente hubiera tenido un Especialista a pié de cama con la experiencia y medios de los que se disponía en el momento del diagnóstico, y, en ese momento, sí se hubieran perdido las pocas posibilidades de supervivencia que presentaba (el paciente).

CUARTO.- Que la mortalidad de la enfermedad radica en la propia patología y en no en las técnicas ofrecidas. No obstante, el paciente fue tratado mediante las técnicas más modernas y punteras que son de elección para este tipo de enfermedades, según todas las Guías actuales.

QUINTO.- La falta de experiencia, conocimientos técnicos, teóricos y específico de la patología aórtica hacen que el informe pericial aportado por (los reclamantes), y firmado por el Dr. V.F, carezca de cualquier tipo de rigor médico, fundamento científico o experiencia profesional, por lo que se debe desestimar en su totalidad.

SEXTO.- Que, de los actos acontecidos, se desprende la profesionalidad, conocimiento de la enfermedad a tratar, del pronóstico de la misma, así como de las técnicas alternativas realizadas por el Equipo quirúrgico de este Centro, en concreto de los Especialistas en Angiología y Cirugía vascular y endovascular, Dres. D. M.Á.G.A. y D. D.L.G.”.

Quinto

El siguiente día 5 de mayo, la Instructora da traslado del expediente a la Dirección General de Asistencia Prestaciones y Farmacia para que, por el Médico inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación.

Sexto

Mediante escrito de 12 de noviembre de 2015 (registrado en la Consejería de Salud el día 16 siguiente), los reclamantes interesan que *“se proceda a resolver la reclamación expresamente, sin que, por lo tanto, entre en juego la figura del silencio administrativo, toda vez que existe obligación legal de resolver la reclamación planteada”.*

Con respecto a dicha solicitud, la Instructora del expediente trasladó a indicada interesada, mediante comunicación de 17 de noviembre de 2015, *“que, en el supuesto de que no quiera usted esperar a la resolución expresa del procedimiento, de conformidad con lo dispuesto en el art. 142.7 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, según modificación efectuada por la Ley 4/99, de 13 de enero, si lo estima conveniente, tiene vd. expedita la vía contenciosa procedente, transcurridos seis meses, a contar desde el día en*

que su escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial tuvo entrada en este Servicio, al entenderse desestimada la solicitud de indemnización deducida”.

Séptimo

Consta, unido al expediente, un informe médico pericial, de 16 de noviembre de 2015, realizado, según reza el encabezamiento del mismo, por los Dres. S.D.B. (*“Doctor en Medicina y Cirugía, Médico Forense en excedencia, Especialista en Medicina Legal y Forense, Director del Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses y Académico de Número de la Academia Médico Quirúrgica Española”*), y G.T.P. (*“Catedrático emérito de Cirugía Cardiovascular y Exdirector del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la U.A.M, con plaza vinculada como Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular del H.U.P.H, Editor del T.C.C.D.S, y Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina”*), pero suscrito únicamente por el primero de ellos, en su condición de Director de la U.M.L.A, a instancia de la Compañía de Seguros B, como Aseguradora del SERIS.

En el apartado “Formula legal”, consignado tras el encabezamiento del referido dictamen, se hace constar lo siguiente: *“Este perito (es decir, en singular) promete decir verdad, que ha actuado y, en su caso, actuará con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquier de las partes, y que conoce las sanciones penales en las que podría incurrir si incumpliere su deber como perito”*.

En el indicado **informe pericial firmado por el Dr. D. S.D.B**, se obtienen las siguientes conclusiones:

“1.- (El paciente) fallece el día 24 de agosto de 2014, durante el procedimiento quirúrgico para la reparación de un aneurisma disecante roto de aorta descendente.

2.- Acude al Hospital, a las 2:30 horas de este día 24 de agosto, por dos episodios sincopales (de presíncope, primero, y síncope, después), en el contexto de dolor dorsal, que se desencadena al realizar un esfuerzo.

3.- Desde que llega (al Servicio de) Urgencias, a las 2:30 horas del día 24 de agosto de 2014, hasta las 7 horas, (en) que se produce nuevo episodio de hipotensión y dolor dorsal, transcurren 4 horas y media. En este tiempo (durante el) que permanece monitorizado en (el Servicio de) Urgencias, se procede a anamnesis, toma de constantes, exploración por aparatos, completa radiografía de tórax, dos analíticas (hemograma y bioquímica de sangre) y electrocardiograma.

4.- Por tanto, desde que llega al Hospital, se pone en marcha un detallado proceso diagnóstico, estando, en todo momento, el paciente sujeto a supervisión médica estrecha, asintomático y estable. Dicho proceso diagnóstico incluyó la petición, sin demora, de pruebas complementarias, de forma secuencial y en función de los datos clínicos que se iban obteniendo, como es la práctica médica habitual.

5.- Cuando, a las 7 horas, se produce el episodio de dolor interescapular, sudoración y palidez, se cursa CT toraco-abdominal, que objetiva «aneurisma de aorta torácica descendente supradiafragmática, disecado y fisurado, con hemomediastino y hemotórax izquierdo. La disección se extiende caudalmente hasta bifurcación aortoiliaca y tronco celíaco».

6.- Un aneurisma disecante complicado de aorta es una patología grave, que requiere intervención urgente, pero cuyo diagnóstico se ve profundamente dificultado por la gran heterogeneidad de su forma de presentación. En situaciones de compromiso de arterias viscerales y rotura, como en el presente caso, la gravedad es extrema. Las cifras de mortalidad son superiores al 50% en casos de rotura, sin otras complicaciones añadidas: En el presente caso, había disección, que afectaba a ramas viscerales, y rotura, por tanto, mayor gravedad y mortalidad.

7.- Los signos y síntomas que presentó el paciente no conformaron el cuadro típico de aneurisma disecante de aorta, sin embargo se sospechó, y se puso en marcha, de forma prácticamente literal, el protocolo diagnóstico recogido en la literatura.

8.- Confirmado el diagnóstico, se avisa (al Servicio de) Cirugía vascular, que valora al paciente, organiza la intervención y procede al tratamiento quirúrgico urgente. No existe duda de la indicación ni de la urgencia, a lo que se respondió con la debida diligencia.

9.- Se optó por cirugía híbrida, adecuada y aceptada para el manejo de la patología del paciente. De la hoja quirúrgica, sólo puede deducirse la destreza de los Cirujanos que, tratándose de una situación de extrema gravedad, que requería el empleo de una técnica quirúrgica muy compleja, fueron capaces de adaptar la técnica teórica de intervención a la realidad anatómica y clínica (del paciente). Ello permitió avanzar la reparación de la arteria hasta la última parte de la intervención.

10.- El fallecimiento se produjo por la gravedad del cuadro que presento el paciente, a pesar de que, en todo momento, se actuara, por parte de todos los Especialistas médicos intervinientes, con enorme diligencia y de forma rigurosamente ajustada a lex artis, en tiempo y forma”.

Octavo

En el **informe de la Inspección médica**, que es emitido el día 22 de diciembre de 2015, se establecen las siguientes conclusiones:

1ª.- (El paciente) ingresó en el Servicio de Urgencias por clínica de dorsalgia súbitas, tras ejercicio y dos episodios sincopales, presentando una situación clínica que no impresionaba de (una) gravedad que justificara una actitud terapéutica diferente a la que se fue siguiendo. Se le realizaron las pruebas complementarias básicas pertinentes, analíticas y radiológicas, para descartar, inicialmente, el origen de esos síncope. En ese momento, existían signos exploratorios que podían sugerir un origen mecánico del dolor dorsal (dolor a la palpación y contractura muscular).

2ª.- En las analíticas seriadas que se le realizaron, se apreciaron cifras elevadas de enzimas cardiacas y mioglobina, que fueron descendiendo progresivamente; y cifras descendidas de los parámetros de hemoglobina y hematocrito, que cada vez fueron empeorando, si bien el paciente permaneció, en todo momento, en situación de estabilidad hemodinámica, sin presentar síntomas de empeoramiento clínico.

3ª.- Ante dichos resultados y para continuar con el estudio diagnóstico, se realizó un TAC toraco-abdominal, en el que se constató la existencia de un aneurisma de aorta torácica descendente, disecado y fisurado, siendo intervenido de urgencia, en un plazo de tiempo acorde a la situación, mediante la técnica quirúrgica adecuada y por Facultativos Especialistas cualificados, presentando complicaciones durante el procedimiento que no consiguió remontar, causando su fallecimiento.

4ª.- Los aneurismas de aorta cursan con clínica insidiosa y, habitualmente, pasan desapercibidos. Para poder diagnosticar una disección aórtica, en primer lugar, debemos sospecharla clínicamente. Es fundamental el diagnóstico precoz y éste suele siempre seguir a la sospecha diagnóstica con una exploración física compatible, antes de realizar exámenes complementarios.

5ª.- En este caso y valorando a posteriori la situación, se pueden apreciar ciertos datos que sí indican que, en el momento en que el paciente ingresó en el Servicio de Urgencias, ya presentaba el aneurisma de aorta disecado, pero que, tanto la situación clínica en la que se encontraba como la exploración física realizada no sugerían dicha patología ni se correspondían con la gravedad del proceso, no pudiendo, por lo tanto, considerar que el hecho de no llegar a un diagnóstico con mayor celeridad, al no existir un alto índice de sospecha diagnóstica que justificara una actitud terapéutica diferente, obedeciera a una actuación contraria a la *lex artis*”.

Noveno

Notificado a los reclamantes (mediante escrito de 8 de enero de 2016) la apertura del trámite de audiencia, por parte de los interesados, se evacuó el mismo (a través de escrito de 4 de febrero de 2016) en base a las siguientes **alegaciones**:

“I) Por parte de los Facultativos que atendieron al (paciente), se ha tratado de descalificar al emisor del informe pericial aportado con nuestro escrito iniciador. Sin entrar en una batalla dialéctica, hemos de indicar que el Dr. F. tiene la capacidad precisa para poder informar acerca de la enfermedad objeto del presente expediente, así como de la mayor o menor diligencia en la obtención del diagnóstico certero del mencionado (paciente).

II) Pese a todo lo indicado por los Médicos que atendieron al fallecido, lo cierto es que, en ningún caso, se hace referencia ni a las primeras analíticas que se le realizan ni a la prueba de Rx realizada inmediatamente tras ingresar en el Servicio de Urgencias. Como se indica en la página 5 del informe del Dr. F, todos los signos y síntomas que presentaba el (paciente) a su ingreso en (el Servicio de) Urgencias, debieron hacer pensar en esa posibilidad diagnóstica y haber procedido con mayor celeridad a realizar las pruebas complementarias diagnósticas. El no haber solicitado un TAC torácico urgente, a la vista de los Rx que le habían practicado, no tiene, para él, explicación. El TAC no se ordenó, al parecer, hasta las 9,30 horas de la mañana, e incluso al (paciente) se le dio el desayuno, sin saber todavía, o haber realizado, el diagnóstico oportuno, entrando poco después, a las 11,30 horas, al quirófano.

III) Los iniciales análisis ya demostraban anemia, que puede, perfectamente, ser producida por una hemorragia interna. Así, en la conclusión 2ª del informe de la Inspección (médica), ya se indica que, en las analíticas, aparecían cifras descendidas de los parámetros de hemoglobina y hematocrito que cada vez fueron empeorando. Aquí está el signo evidente de la anemia, característica de una hemorragia interna, junto con el resto de síntomas a que se hace referencia en la página 5 del

informe del Dr. F. Si a ello se le añade la clara y nítida imagen de Rx, ello supone que la existencia del aneurisma, o la realización del TAC que lo confirma, debiera de haber sido llevada a cabo en el momento inicial del ingreso en (el Servicio de) Urgencias. Sin embargo, ello en ningún momento se sospechó hasta la realización del TAC, a las 9,30 horas de la mañana. Es un hecho incontrovertible que, de haberse sospechado la existencia del aneurisma, lo que hubiese requerido una urgente intervención quirúrgica, no se le hubiese dado de desayunar. Es sumamente llamativo que ninguno de los informes que obran en el expediente hagan referencia a la imagen de Rx aportada por esta parte en su escrito iniciador de la reclamación.

IV) Ciertamente es que la mortalidad del aneurisma roto es enorme, y, por eso precisamente, su diagnóstico debe de estar en la mente de cualquier Médico, y más en (el Servicio de) Urgencias. El tratamiento quirúrgico debe de ser inmediato, a ser posible. Por ello, decimos que el retraso en el diagnóstico del aneurisma comprometió seriamente las posibilidades de supervivencia del (paciente). Resulta sumamente ilustrativa al respecto la conclusión 5ª del informe de la Inspección médica, que transcribimos textualmente:

*«En este caso y valorando a posteriori la situación, se pueden apreciar ciertos datos que sí indican que, en el momento que el paciente ingresó en el Servicio de Urgencias, ya presentaba el aneurisma de aorta disecado, pero que, tanto la situación clínica en la que se encontraba, como la exploración física realizada no sugerían dicha patología ni se correspondían con la gravedad del proceso, no pudiendo, por lo tanto, considerar que el hecho de no llegar a un diagnóstico con mayor celeridad, al no existir un alto índice de sospecha diagnóstica que justificara una actitud terapéutica diferente, obedeciera a una actuación contraria a la *lex artis*».*

V) Por todo lo expuesto, nos reiteramos y ratificamos en el escrito inicial y en la solicitud de declaración de existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, con las consecuencias indemnizatorias solicitadas en mencionado escrito”.

Décimo

Con fecha 3 de marzo de 2016, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación interpuesta, por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Undécimo

El Secretario General Técnico, el día 4 de marzo de 2016, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos el expediente de responsabilidad patrimonial para su preceptivo informe, que es emitido, el 21 de marzo de 2016, en sentido favorable a la Propuesta de resolución.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado el día 22 de marzo de 2016, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 23 de marzo de 2016, y registrado de entrada en este Consejo mismo día, la Excm. Sra. Consejera de Salud 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 de fecha 29 de marzo de 2016, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 30 de marzo de 2016, 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

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia 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 del Dictamen del Consejo Consultivo

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el 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 dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos

de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose una cantidad total de 215.691,02 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

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 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 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC).

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

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 para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación *de medios* y *no de resultado*, de manera que, en

principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la Ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la Ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

Tercero

Sobre la inexistencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso

1. Para los reclamantes, ha existido, en relación con el fallecimiento del paciente, una asistencia “deficiente” en la incorrecta atención prestada al mismo por los profesionales sanitarios del Hospital *San Pedro*, que determinó su fallecimiento el día 24 de agosto de 2014, ya que, según mantienen en base al **informe médico-pericial que consta unido a la reclamación**:

“Es evidente que la demora en llegar al diagnóstico supuso una agravación progresiva del estado del (paciente), como puede verse, sencillamente, observando el deterioro de las cifras de hemoglobina y de hematíes que fue presentando en los diferentes análisis clínicos que le fueron realizando, como señal inequívoca de la grave hemorragia interna que se estaba produciendo. El tratamiento, que se le estuvo administrando hasta ser debidamente diagnosticado y conducido al quirófano, era totalmente inoperante, es decir, carecía de la posibilidad de darle al paciente la única esperanza curativa o de supervivencia, es decir, haber procedido con la máxima urgencia a intervenir quirúrgicamente”.

2. La Propuesta de resolución, en cambio, rechaza estas manifestaciones y considera ajustada a la *lex artis* la actuación de los profesionales sanitarios intervinientes, pues, según mantiene:

“Cabe señalar, en contra de lo alegado por los reclamantes, que el tardío diagnóstico no se debió a la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias, sino a la atipicidad de los síntomas que presentaba, como se hace constar en el informe del Dr. M.Á.G.A, FEA en Angiología Cirugía Vasculosa y Endovascular del Hospital San Pedro:

«Cabe destacar que la demora (del) Servicio de Urgencias en el diagnóstico está totalmente justificada, ya que la clínica presentada por el paciente era atípica, con dolor localizado en la zona dorsal, y que el mismo paciente achacaba a un ejercicio brusco (no debemos olvidar que –el paciente se trataba- de un Médico en activo), y, a él mismo, tampoco le hizo sospechar ninguna patología grave. Además, la estabilidad hemodinámica que presentaba pese a la gravedad de la situación y el aspecto clínico, que no ‘impresionaba de gravedad’, (hicieron) que, inicialmente, descartaran patologías menores, y de mayor prevalencia, que la que existía. De hecho, en la literatura, existe un porcentaje, de casos de aneurisma roto infradiagnosticados, del 60%, según los estudios, fruto de que, en la mayoría de las ocasiones, la clínica manifestada es compleja y confusa, presentado una clínica típica únicamente el 37% de los pacientes».

Y es que, en este caso, como se ha indicado, los síntomas que presentaba el paciente no constituían el cuadro típico de aneurisma disecante de aorta, pues las características del dolor torácico que refiere son típicamente mecánicas, y, siendo el dolor muy intenso, un cuadro presincopal y sincopal podría explicarse por una reacción secundaria del dolor; pero, pese a ello, en el Servicio de Urgencias, a la vista de las pruebas que se solicitan y de la actitud médica, que incluye la decisión de dejarle en observación en (el Servicio de) Urgencias, puede deducirse que el Equipo médico se planteó, desde el inicio del proceso asistencial, con acertado criterio, un diagnóstico diferencial más amplio, tal y como se pone de manifiesto en el informe pericial aportado por la Aseguradora:

«En la exploración, al ingreso, el paciente presenta únicamente tres alteraciones: contractura muscular en región dorsal (zona donde refiere el dolor que motiva la asistencia en urgencias y que apoyaría el diagnóstico de dolor mecánico), elevación de la frecuencia cardíaca (114 lpm) y auscultación compatible con derrame pleural. Es decir, no sólo esta asintomático, sino que presenta un buen estado general, buena perfusión y tensiones normales. Aunque, por lo que el paciente refiere y el resultado de la exploración, el diagnóstico más probable, en este momento, sigue siendo dolor mecánico, hay dos síntomas que no quedarían completamente explicados con el origen traumático (salvo complicaciones): la taquicardia y el derrame pleural.

Y así debió plantearse su Médico, ya que no se interrumpe el proceso diagnóstico. El diagnóstico no es un acto médico instantáneo, sino que constituye un proceso, en el que, a la vista de los síntomas, de la evolución clínica del paciente y de la exploración, se van realizando pruebas complementarias que permiten confirmar una sospecha y descartar el resto de opciones del diagnóstico diferencial. Pero, como todo proceso, requiere tiempo y priorización, en función de la situación de mayor o menor gravedad del enfermo, y de las patologías más probables. ...

Como puede verse en el cuadro, los signos y síntomas que presentó (*el paciente*) no conformaron el cuadro típico de aneurisma disecante de aorta, sin embargo se sospechó y se puso en marcha el protocolo diagnóstico recogido en la literatura, expuesto anteriormente, prácticamente de forma literal. Se mantuvo estrecha observación del paciente, se realizaron pruebas complementarias de forma secuencial (en función de los datos que se iban obteniendo y del estado de/paciente), y se reaccionó de inmediato cuando la situación clínica empeoró.

Los aneurismas de aorta pueden ser asintomáticos y no requerir cirugía hasta alcanzar un determinado tamaño (6 cm en ATO). Sin embargo, en caso de complicación (disección con compromiso de arterias viscerales y/o rotura) la situación clínica es de extrema gravedad, con cifras de mortalidad de hasta el 80% para los casos de aneurisma abdominal roto.

En el presente caso, la disección aórtica era extensísima, afectaba a la arteria mesentérica y condicionaba isquemia renal. La isquemia esplácnica y periférica es una de las complicaciones más temibles. Pero, además, el aneurisma estaba complicado con una úlcera arteriosclerótica perforante, que condicionó la existencia de hemotórax y hemomediastino. Desde los primeros instantes, la situación era de extrema gravedad y de pronóstico muy malo.

Los Cirujanos vasculares valoraron, de inmediato, al paciente, que fue intervenido, procurando la estabilización hemodinámica con carácter previo y simultáneo a la reparación quirúrgica. No existe ninguna duda sobre la indicación de la cirugía ni sobre la urgencia, a la que se respondió con enorme diligencia... El fallecimiento se produjo por la gravedad del cuadro que presentó el paciente, a pesar de que, en todo momento, se actuara, por parte de todos los Especialistas médicos intervinientes, con enorme diligencia...».

A la misma conclusión llega la **Inspección médica en su informe**, en el que se indica:

«(*El paciente*) ingresó en el Servicio de Urgencias por clínica de dorsalgia súbita, tras ejercicio y dos episodios sincopales, presentando una situación clínica que no impresionaba de (*una*) gravedad que justificara una actitud terapéutica diferente a la que se fue siguiendo. Se le realizaron las pruebas complementarias básicas pertinentes, analíticas y radiológicas, para descartar, inicialmente, el origen de esos síncope. En ese momento, existían signos exploratorios, que podían sugerir un origen mecánico del dolor dorsal (dolor a la palpación contractura muscular).

En las analíticas seriadas que se le realizaron, se apreciaron cifras elevadas de enzimas cardíacas y mioglobina, que fueron descendiendo progresivamente; y cifras descendidas de los parámetros de hemoglobina y hematocrito, que cada vez fueron empeorando, si bien el paciente permaneció, en todo momento, en situación de estabilidad hemodinámica, sin presentar síntomas de empeoramiento clínico.

Ante dichos resultados y para continuar con el estudio diagnóstico, se realizó un TAC toracoabdominal, en el que se constató la existencia de un aneurisma de aorta torácica descendente, disecado y fisurado, siendo intervenido de urgencia en un plazo de tiempo acorde a la situación, mediante la técnica quirúrgica adecuada y por Facultativos Especialistas cualificados, presentado complicaciones durante el procedimiento que no consiguió remontar causando su fallecimiento».

También alegan los reclamantes que el retraso diagnóstico impidió que el paciente fuera trasladado a un Centro de referencia, con lo que parecen cuestionar la profesionalidad de los Cirujanos que practicaron la intervención, alegación totalmente gratuita y carente de fundamento,

pues el Servicio de Angiología y Cirugía vascular del Hospital San Pedro realiza estas intervenciones de forma ordinaria desde la creación del mismo, disponiendo de todos los dispositivos para su tratamiento, tanto en forma programada como urgente, tal y como se acredita en el informe del Dr. S.R.C, Jefe de la Unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Pedro.

Por otra parte, (es de) indicar que la parte reclamante no prueba que una actuación diferente hubiera evitado el resultado final, pues debe tenerse en cuenta que la mortalidad de la enfermedad radicaba en la propia patología y no en las técnicas empleadas, y el haber derivado al paciente a un Centro de referencia, además de no garantizar un resultado distinto, hubiera sido una actitud temeraria, según se indica en el informe del Dr. G.A.:

«De hecho, la actitud temeraria e imprudente hubiera sido el traslado a otro Centro, como el que indica el Dr. V.F, que difícilmente hubiera tenido un Especialista a pie de cama con la experiencia y medios de los que se disponía, en el momento del diagnóstico, y, en ese momento, sí se hubieran perdido las pocas posibilidades de supervivencia que presentaba (el paciente)».

Por todo ello, no puede admitirse que la falta de un diagnóstico más precoz ni el fallecimiento del paciente hayan sido ocasionados por la asistencia sanitaria prestada, pues el diagnóstico del aneurisma se demoró por la atipicidad de la clínica que presentaba; y el fallecimiento se produjo por la gravedad del cuadro que presentó el paciente, a pesar de la diligente actuación de los profesionales intervinientes; y, en consecuencia, no puede admitirse que, con dicha actuación, se haya causado una pérdida de oportunidad”.

3. Este Consejo Consultivo comparte las **conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución**, por cuanto, de las propias actuaciones practicadas en el expediente administrativo, se derivan dos extremos que determinan la ausencia de responsabilidad patrimonial en el caso dictaminado, cuales son:

-La considerable dificultad que existe, a la hora de diagnosticar una disección aórtica, como pone de relieve el informe de la Inspección médica, cuando -como ocurre en el presente caso-, el paciente permaneció, durante su ingreso en el Servicio de Urgencias y hasta que fuera realizado el TAC toracoabdominal, “*en todo momento, en situación de estabilidad hemodinámica, sin presentar síntomas de empeoramiento clínico*”. Como también destaca el propio informe de la Inspección médica, “*para poder diagnosticar una disección aórtica, en primer lugar, debemos sospecharla clínicamente*”; y, en el caso estudiado, “*tanto la situación clínica en la que se encontraba, como la exploración física realizada no sugerían dicha patología ni se correspondían con la gravedad del proceso, no pudiendo, por lo tanto, considerar que el hecho de no llegar a un diagnóstico con mayor celeridad, al no existir un alto índice de sospecha diagnóstica que justificara una actitud terapéutica diferente, obedeciera a una actuación contraria a la lex artis*” (conclusión 5ª del informe de la Inspección).

-La demora del Servicio de Urgencias en el diagnóstico está totalmente justificada, dado que la clínica presentada por el paciente era atípica, con dolor localizado en la

zona dorsal, y que el mismo paciente achacaba a un ejercicio brusco. Además, la estabilidad hemodinámica que presentaba y el aspecto clínico, que no impresiona de gravedad, hizo que, inicialmente, se descartaran patologías menores, y de mayor prevalencia que la que existía.

4. Respecto a la pérdida de oportunidad, alegada por los reclamantes, debemos recordar, conforme establece la Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012, también invocada nuestros dictámenes D.38/12 y D.3/14:

“Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009, recurso de casación 1593/2008: “La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las Sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja, en cierto modo, al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”.

Pues bien, en el caso dictaminado y en virtud de los documentos médicos unidos al expediente, queda claro que el traslado del paciente a otro Centro sanitario no hubiera evitado el resultado final, habida cuenta de que la mortalidad de la enfermedad radicaba en la propia patología y no en las técnicas empleadas, y el haber derivado al paciente a un Centro de referencia, además de no garantizar un resultado distinto, hubiera supuesto una actitud temeraria (informe del Dr. G.A.).

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse su actuación, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*.

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