

Expediente Núm. 295/2014
Dictamen Núm. 7/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de enero de 2015, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de diciembre de 2014 -registrada de entrada el día 16 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye al retraso en el diagnóstico de una enfermedad.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 16 de abril de 2014, el interesado presenta en la Subdelegación del Gobierno en Lugo una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia del retraso en el diagnóstico de una enfermedad.

Señala que “el día 15 de octubre de 2011 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital a consecuencia de un dolor torácico agudo”, precisando que “en el momento del ingreso presentaba claros síntomas de sufrir un proceso

infeccioso, dado que presentaba fiebre. En la analítica que se me efectuó (...) se manifestó la existencia de una leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva elevada, tal y como consta en el informe del Servicio de Neumología del mismo hospital”.

Subraya que “en el citado informe de Urgencias consta que se adjuntan la hematología y la bioquímica, pero no se hace referencia alguna a los datos patológicos antedichos”, y aclara que en la radiografía realizada “se informa de una ligera disminución del volumen del lóbulo superior derecho, lo que también se reconoce en posterior informe del Servicio de Neurología (*sic*) del mismo hospital, que incluso añade que existían lesiones apicales derechas. Sin embargo, en el informe del Servicio de Urgencias se limitan a señalar que no se detectan infiltrados”.

Afirma que “a pesar de los datos analíticos y radiológicos antedichos únicamente se me prescribió analgesia y protector gástrico, y se me aconsejó acudir a mi médico de Atención Primaria a las 72 horas”, subrayando que en el informe del Servicio de Urgencias no figura, “entre los antecedentes, que tengo un hermano con enfermedad pulmonar, que sí consta en el informe de Neumología de 6-7-2012”.

A su juicio, “es evidente que la praxis aplicada en el Servicio de Urgencias del Hospital en la asistencia del día 15-10-11 no fue la correcta, toda vez que ante un paciente con antecedentes familiares de enfermedad pulmonar que acude con dolor torácico y es diagnosticado de dolor torácico pleurítico, si además presenta antecedentes de fiebre en días inmediatamente anteriores, una leucocitosis con neutrofilia y una proteína C reactiva elevada, la pauta más adecuada hubiera sido ingresarme o, por lo menos, derivarme con carácter urgente al Servicio de Neumología para mi estudio por alta sospecha de proceso infeccioso pulmonar”.

Indica que “después de múltiples pruebas en el Servicio de Neumología no es hasta el día 17-09-2013 cuando se diagnostica infección por tuberculosis. Ese retraso en el diagnóstico de la enfermedad que sufro motivó la aparición de

múltiples nódulos centrolobulillares, con cavitación e imágenes de árbol en brote”.

2. Mediante escrito de 13 de mayo de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al perjudicado la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, le requiere para que proceda a “la cuantificación económica del daño o, en su defecto, indicar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla”.

3. El día 14 de mayo de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria I una copia de la historia clínica del reclamante relativa al proceso de referencia, así como un informe de los Servicios de Urgencias y de Neumología sobre el concreto contenido de la reclamación.

Con fecha 30 de mayo de 2014, la Gerente del Área Sanitaria I remite al Servicio instructor la documentación solicitada.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Urgencias, de 15 de octubre de 2011, en el que se anota que el reclamante -de 24 años de edad- ingresa por “dolor torácico”, especificándose que “acude por cuadro de 2 días de dolor pleurítico en hemitórax derecho. Según refiere fiebre al inicio del cuadro, por lo que acudió a Urgencias de su centro de salud. Al parecer, posteriormente vómitos biliosos achacados a alergia al jarabe que le dieron. No tos, no disnea. No clínica urinaria. No dolor abdominal”. Consta exploración física, “hematología” -que se adjunta- y radiografía PA y LAT de tórax -“sin infiltrados”-. Entre las constantes figura 36º de temperatura, y la impresión diagnóstica es de “dolor torácico pleurítico”. Como tratamiento al alta se recomienda “vigilar y anotar fiebre” y “control en 72 h por (médico de Atención Primaria)”, especificándose los

fármacos que se pautan. b) Informes de los Servicios de Hematología, en el que aparecen valores por encima de los de referencia en neutrófilos y monocitos, y de Bioquímica, con valores que superan los parámetros de referencia en PCR, ambos del 15 de octubre de 2011. c) Informes de la radiografía de tórax PA y LAT, y analíticas realizadas el 16 de abril de 2012 a petición del centro de salud del reclamante. La radiografía se solicita por “dolor tórax músculo/huesos de tiempo de evolución que últimamente se agudiza con la respiración”, y en ella “se aprecia un tenue aumento de densidad en LSD, a correlacionar en el contexto clínico-analítico del paciente la posibilidad de condensación./ Silueta cardiomediastínica sin alteraciones”. Los valores de neutrófilos y monocitos están dentro de los de referencia. No figura PCR. d) Solicitud de interconsulta al Servicio de Neumología, de 23 de abril de 2012, por “dolor tórax (...). Rx con tenues signos de condensación en LSD. No fiebre, tos seca”. e) Hojas de notas de progreso del Servicio de Neumología en las que se anota, el 8 de mayo de 2012, como antecedentes familiares “hermano tuvo enf. pulmonar?”, y el 17 de septiembre de 2013 el diagnóstico de “infección por M. tuberculosis”. f) Informes de Tc de tórax, de 11 de mayo de 2012, con el hallazgo de “lesiones fibroparenquimatosas residuales en LSD asociadas a pérdida de volumen del mismo, con muy discreta dilatación bronquial con múltiples nódulos de bordes bien definidos y baja densidad de origen incierto (...). Creemos que parecen estar en relación con lesiones residuales a proceso infeccioso previo (TBC?). Dichos nódulos parecen en relación con broncoceles, menos probable parece que se trate de hamartomas múltiples”; de 18 de octubre de 2012, en el que se siguen observando “en LSD (...) lesiones pleuroparenquimatosas apicales (...). Numerosas formaciones nodulares, algunas de las cuales han disminuido de tamaño (con alguna pequeña calcificación en su interior) y otras son de nueva aparición, centrolobulillares asociadas a imágenes de árbol en brote, sobre todo en el segmento posterior, que no existían en control previo y que sugieren enfermedad de pequeña vía aérea probablemente infecciosa./ También se identifican algunos pequeños

nódulos subpleurales tanto en LS como inferior derecho./ El diagnóstico diferencial incluye bronquiolitis infecciosa tipo TBC o micobacterias no tuberculosas, sin poder excluir infecciones virales o fúngicas”, y de 26 de junio de 2013, que muestra “lesiones fibroparenquimatosas de aspecto crónico en LSD asociadas a pérdida de volumen./ Múltiples nódulos centrolobulillares, que se han modificado en tamaño y número respecto a control previo, con cavitación e imágenes de árbol en brote”.

El informe del Servicio de Urgencias, suscrito el 29 de mayo de 2014 por un Facultativo Especialista de Área, se remite al de 15 de octubre, y deja “constancia de la no existencia de fiebre ni leucocitosis”, añadiendo que “se remite al paciente para control evolutivo a su médico de Atención Primaria”.

En el informe del Servicio de Neumología, emitido el 29 de mayo de 2014, se relata la asistencia dispensada al interesado.

4. Con fecha 30 de mayo de 2014, el reclamante presenta en el registro de la Subdelegación del Gobierno en Lugo un escrito en el que cuantifica el daño sufrido en trescientos mil euros (300.000 €).

5. Mediante oficio de 5 de junio de 2014, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita un nuevo informe al Servicio de Urgencias por los motivos que expresa.

Con fecha 9 de julio de 2014, una Médica del Servicio de Urgencias elabora un informe en el que señala que “el 15 de octubre de 2011, a las 5:29 horas, el paciente acude a Urgencias consultando por un dolor torácico. Los datos de la historia a los que tiene acceso el médico de Urgencias indican que (...) había consultado en Atención Primaria hacía pocos días por dolor torácico y por intolerancia al tratamiento pautado”. Niega que el paciente presentara fiebre en Urgencias, ni leucocitosis -“ $13.60 \times 10^3/\text{ul}$ (rango de normalidad 4.00-14.00)-. La neutrofilia y la elevación de proteína C reactiva son inespecíficas y deben analizarse en el contexto de la clínica y evolución del

paciente". Pone de relieve que "en el informe de asistencia consta que se adjunta la hematología y la bioquímica, como así fue. En los informes hay datos que por su carácter técnico están destinados a la información del médico que va a seguir al paciente, quien será el encargado de analizarlos en función de la clínica y evolución".

Respecto a los comentarios sobre la radiología, precisa que "es muy difícil interpretar qué quiere decir (el reclamante), porque dice que la radiografía del día 15 de octubre de 2011 se informó de dos formas diferentes, se supone que en el mismo informe (...). En todo caso, volvemos al carácter técnico de esa información que, siendo comunicada al paciente, va más destinada a informar al médico que siga la patología./ La prescripción médica, la conducta a seguir y la indicación de seguimiento en su centro de salud son correctas. A pesar de no haberse objetivado fiebre en Urgencias, se indica al paciente que vigile en casa la temperatura para poder conocer la evolución de esta, si se produce. Se remite al paciente al centro de salud porque se trata de un proceso que ya está siendo atendido allí y porque es obligación del médico de Urgencias procurar la continuidad asistencial".

Aclara que tras acudir a Urgencias "el paciente continuó siendo atendido en Atención Primaria, manteniéndose la continuidad asistencial", y que "a pesar de que se indica reevaluación en 72 horas (...) no acude a su médico de cabecera en el tiempo indicado".

Por lo que se refiere a los antecedentes familiares, manifiesta que "el médico solo dispone de la información que proporcione la historia clínica o el propio paciente (...). Hasta varios meses después no se menciona ese dato en la historia, sin que aparezca claramente documentado".

Considera que "la actuación fue correcta:/ Se atendió al paciente con diligencia./ Se le pidieron las pruebas pertinentes./ Se hizo el informe correspondiente, incluyendo tratamiento e indicaciones para el adecuado seguimiento de su patología".

Añade que el propio paciente “reconoce que no es hasta el otoño de 2013, casi 2 años después, cuando tras un cuidadoso estudio y seguimiento por parte del Servicio de Neumología se hace diagnóstico de infección por M. tuberculosis. En ese momento se inicia quimioprofilaxis secundaria. Y un mes después, al recibir el resultado de otras pruebas, se inicia el tratamiento específico. Es decir, el mismo paciente reconoce que en todo momento estuvo en estudio por los diversos niveles asistenciales del Área I”.

Concluye que, “lejos de perjudicar al paciente”, la conducta fue “diligente, continuada en el tiempo y altamente profesional de los diversos niveles asistenciales y servicios implicados (...), incluida la atención en Urgencias (...), que permitió tomar las oportunas medidas terapéuticas dirigidas a la curación de la enfermedad del reclamante en cuanto las pruebas realizadas indicaron la aplicación de las mismas”.

6. El día 23 de julio de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Considera evidente que “la asistencia fue la adecuada y que el retraso diagnóstico que invoca es inexistente. El paciente fue diagnosticado de tuberculosis cuando las pruebas analíticas y los estudios complementarios lo pusieron de manifiesto, siendo positivas tras dos años de evolución”.

Señala que “cuando (...) acude el 15 de octubre de 2011 presentaba un cuadro absolutamente inespecífico, propio de cualquier proceso vírico, que no justificaba ningún estudio más que los que se realizaron en aquel momento”, y añade que “cualquier estudio diagnóstico que se hubiese iniciado tendría, obviamente, los mismos resultados negativos que dieron los realizados reiteradamente por el Servicio de Neumología a partir del 8 de mayo de 2012”.

Especifica que “la primera radiología patológica fue hecha el 16 de abril de 2012, y se calificó de lesiones residuales o antiguas de una probable infección ya pasada”. Razona que, “a pesar de realizarse tres Tac torácicos, dos bronoscopias en el Instituto Nacional de Silicosis con tomas de biopsia y

aspiraciones bronquiales no fue posible establecer el diagnóstico de tuberculosis hasta que se produjo, más de dos años después, el viraje tuberculínico con Mantoux negativo, Quantiferon positivo y cultivo positivo para *M. tuberculosis* en aspirado bronquial, cuyo resultado se produce el 11 de octubre de 2013”.

7. El día 29 de julio de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 19 de septiembre de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Área Sanitaria I la radiografía de tórax realizada el 15 de octubre de 2011 en el Hospital, que se remite el día 26 del mismo mes.

9. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito colegiadamente el 22 de septiembre de 2014 por una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y un Licenciado en Medicina, Máster Oficial en Pericia Sanitaria.

Tras analizar la asistencia dispensada al reclamante el 15 de octubre de 2011, concluyen que “se actuó conforme (...) a la *lex artis*” en el caso que nos ocupa, “varón joven sin antecedentes de riesgo, ni personales de interés, con cuadro de 48 h de dolor pleurítico no irradiado, sin clínica respiratoria asociada, ni fiebre demostrada con analítica y prueba de imagen sin hallazgos relevantes”.

Afirman que “detectada por primera vez el 16-04-12 una imagen radiológica sospechosa, y siendo derivado de forma correcta al Servicio de Neumología, se pusieron todos los medios disponibles de cara al diagnóstico del paciente./ Se sospechó desde la primera consulta, el 8-05-12, una posible

tuberculosis respiratoria, solicitándose Mantoux y Tac de tórax que (...) resultaron negativos. Pese a ello se continuó con el esfuerzo diagnóstico hasta alcanzar el resultado definitivo el 17-09-13, tras positivizarse el segundo Mantoux (junto a un Quantiferon positivo), teniendo la confirmación diagnóstica el 11-10-13 con la positividad para M. tuberculosis en el aspirado bronquial./ Para entonces el paciente ya estaba en tratamiento, que se completó en marzo de 2014 sin incidencias”.

Concluyen que “la atención prestada (al reclamante) en el Hospital fue acorde a la *lex artis ad hoc* y no encontramos indicios de errores o retrasos diagnósticos o terapéuticos, conductas negligentes ni mala praxis por parte del personal asistencial que le atendió”.

10. El día 28 de septiembre de 2014, y también a instancias de la compañía aseguradora, un gabinete jurídico privado presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que “la actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias fue diligente y conforme a la *lex artis*”, y que con base en lo expuesto en el informe pericial “no procede otorgar indemnización” al reclamante.

11. Mediante oficio notificado al interesado el 20 de octubre de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 7 de noviembre de 2014, el perjudicado presenta un escrito de alegaciones en el que reitera lo expuesto en su reclamación inicial.

12. El día 14 de noviembre de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en los argumentos contenidos en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de diciembre de 2014, 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 Sanidad, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado 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 en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido

el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 16 de abril de 2014, habiendo tenido lugar el diagnóstico de tuberculosis el día 17 de septiembre de 2013, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste 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 aquéllos, 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 el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que el interesado atribuye a la asistencia dispensada en un hospital público; en concreto, a un retraso en el diagnóstico de tuberculosis.

El perjudicado alega como daño la aparición de múltiples nódulos centrolobulillares, con cavitación e imágenes de árbol en brote, que constan en el Tac torácico del día 18 de octubre de 2012, por lo que cabe apreciar la realidad de un daño físico cuya evaluación económica realizaremos si procede.

También queda acreditado que había acudido al Servicio de Urgencias del Hospital el 15 de octubre de 2011.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir 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*.

El reclamante atribuye el daño a la asistencia que se le dispensó el día 15 de octubre de 2011 en el Servicio de Urgencias del Hospital, al

considerar que la praxis aplicada no fue la correcta. Sostiene que ante un paciente con antecedentes familiares de enfermedad pulmonar, dolor torácico pleurítico, fiebre en días inmediatamente anteriores, leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva elevada “la pauta más adecuada hubiera sido ingresarme o, por lo menos, derivarme con carácter urgente al Servicio de Neumología para mi estudio por alta sospecha de proceso infeccioso pulmonar”.

Sin embargo, no aporta prueba alguna que avale sus afirmaciones, por lo que el estudio del caso debe realizarse a la luz de la historia clínica y de los informes emitidos a petición del instructor del procedimiento.

En este sentido, en el informe del Servicio de Urgencias del 15 de octubre de 2011 no constan antecedentes familiares, ni fiebre ese día, anotándose que el paciente refería fiebre al inicio del cuadro, de dos días de duración, y que había acudido al centro de salud. Se realizó exploración física, que fue normal, analíticas y radiografía PA y LAT de tórax, “sin infiltrados”. En el informe emitido tras la reclamación, la facultativa que le atendió niega que el paciente presentara leucocitosis, con base en los resultados de la analítica que figuran en el expediente, y aclara que la neutrofilia y la elevación de proteína C reactiva son inespecíficas y deben analizarse en el contexto de la clínica y evolución del paciente. En cuanto a los antecedentes familiares alegados por el interesado, informa que el médico “solo dispone de la información que proporcione la historia clínica o el propio paciente”, y que “hasta varios meses después no se menciona ese dato en la historia, sin que aparezca claramente documentado”. El informe técnico de evaluación califica el cuadro que presentaba el enfermo como absolutamente inespecífico, propio de cualquier proceso vírico, aclarando que no justificaba ningún estudio más que los que se realizaron en aquel momento. Se constata, además, que se le pautó tratamiento farmacológico, vigilancia de fiebre y “control en 72 h por (médico de Atención Primaria)”; remisión con la que se da cumplimiento a la obligación del médico de Urgencias de procurar la continuidad asistencial de los pacientes.

Según los facultativos que informan a petición de la compañía aseguradora, esta actuación es conforme a la *lex artis*, pues se trataba de un varón joven -24 años en la fecha de la atención- sin antecedentes de riesgo, ni personales de interés, con cuadro de 48 horas de dolor pleurítico no irradiado, sin clínica respiratoria asociada ni fiebre demostrada y con analítica y prueba de imagen sin hallazgos relevantes.

El 16 de abril de 2012 se le realiza una radiografía de tórax a petición del médico de Atención Primaria que muestra un "tenue aumento de densidad en LSD, a correlacionar en el contexto clínico-analítico del paciente la posibilidad de condensación", por lo que dicho facultativo solicitó interconsulta al Servicio de Neumología, en el que es atendido desde el 8 de mayo de 2012. Según el informe emitido por dicho Servicio, el interesado refiere que en diciembre de 2011 "comienza con dolores tipo pinchazo en costado derecho, posteriormente escalofríos, astenia importante, que duró aproximadamente 1 mes, pero en ningún momento presentó tos, ni expectoración, ni disnea./ Continuaba con dolor de características pleuríticas en cara anterior del hemitórax derecho y pérdida de apetito". Se valora la radiografía de tórax del 16 de abril de 2012, se le hace prueba de tuberculina -"Mantoux negativo"- y se solicita un Tac torácico que se efectúa el 11 de mayo de 2012, interpretándose los hallazgos como "lesiones residuales a proceso infeccioso previo (TBC?)". El 22 de mayo de 2012 se le practica analítica -"hemograma, bioquímica, coagulación normales. ANAs, ANCAs, ECA, PCR, VIH, FR negativos"-, el 5 de junio de 2012 broncoscopia -normal- y un cultivo del aspirado bronquial que es "negativo. BK y Lowenstein negativos. PCR M. tuberculosis complex negativo. Espudo posbroncoscopia: BK y Lowenstein negativos".

A la vista de los resultados de estas pruebas, y por lo que se refiere a la asistencia prestada en Urgencias el día 15 de octubre de 2011, el informe técnico de evaluación afirma que "cualquier estudio diagnóstico que se hubiese iniciado tendría, obviamente, los mismos resultados negativos que dieron los realizados reiteradamente por el Servicio de Neumología a partir del 8 de mayo

de 2012". El hecho de que el Tac efectuado el 11 de mayo de 2012 mostrase hallazgos interpretados como "lesiones residuales a proceso infeccioso previo (TBC?)" no acredita que el interesado sufriera un proceso infeccioso el día 15 de octubre de 2011 cuando acudió a Urgencias. En cualquier caso, no manifiesta haber seguido la recomendación del Servicio de Urgencias de acudir a su facultativo de cabecera en el plazo de 72 horas, de lo que puede inferirse que había mejorado.

Los facultativos que informan a petición de la compañía aseguradora señalan que el Servicio de Neumología "sospechó desde la primera consulta (...) una posible tuberculosis respiratoria, solicitándose Mantoux y Tac de tórax que, sin embargo, resultaron negativos. Pese a ello se continuó con el esfuerzo diagnóstico hasta alcanzar el resultado definitivo (...) tras positivizarse el segundo Mantoux (junto a un Quantiferon positivo), teniendo la confirmación diagnóstica el 11-10-13 con la positividad para M. tuberculosis en el aspirado bronquial".

Por último, en el informe técnico de evaluación se enumeran las pruebas realizadas: tres Tac torácicos, dos broncoscopias con tomas de biopsia y aspiraciones bronquiales.

El reclamante no formula reproche alguno a la asistencia dispensada en el Servicio de Neumología, que reconoce le realizó "múltiples pruebas".

La facultativa del Servicio de Urgencias concluye en su informe que la conducta fue "diligente, continuada en el tiempo y altamente profesional de los diversos niveles asistenciales y servicios implicados (...), incluida la atención en Urgencias (...), que permitió tomar las oportunas medidas terapéuticas dirigidas a la curación de la enfermedad del reclamante en cuanto las pruebas realizadas indicaron la aplicación de las mismas".

En definitiva, al haberse acreditado que se realizaron las pruebas necesarias a la luz de los síntomas manifestados por el paciente, no cabe apreciar retraso diagnóstico en el caso analizado.

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.