

Dictamen Núm. 156/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de septiembre de 2021, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 24 de mayo de 2021 -registrada de entrada el día 31 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del retraso diagnóstico de una osteomielitis hematógena.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 4 de septiembre de 2019, la interesada -que actúa asistida por un letrado- presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye a una negligente actuación del servicio público sanitario.

Expone que el día 12 de agosto de 2016 comienza con “dolor en el antebrazo derecho” y que acude a su centro de salud, donde se establece el diagnóstico de “contractura” y se le pautan antiinflamatorios. Señala que ante la falta de mejoría vuelve en varias ocasiones al centro de Atención Primaria y al Servicio de Urgencias del Hospital, hasta que el 15 de septiembre de

2016 se le realiza una ecografía y una TC en la que se observa una "infección masiva", por lo que se la "interviene de urgencia para limpieza y desbridamiento de tejidos desvitalizados", hallándose en la biopsia efectuada tras la operación "músculo estriado con inflamación aguda necrotizante" y "tejido óseo y tejidos blandos bordeantes con inflamación aguda necrotizante".

Considera que la asistencia sanitaria ha sido "defectuosa" debido a la "tardanza en ser diagnosticada correctamente".

Manifiesta que se ha sometido a siete operaciones quirúrgicas "llegando a precisar un injerto del peroné izquierdo", y que pese a ello presenta "importantes secuelas" tras finalizar la "última rehabilitación en el mes de septiembre de 2018".

En cuanto a la indemnización, indica que no es posible concretar la cuantía al encontrarse "pendiente de valoración médica por un especialista".

Por medio de otrosí, propone como medios de prueba la documental aportada, interesando que se incorpore al expediente su "historial médico parcial", y la pericial consistente en que sea "examinada por un especialista en Valoración del Daño Corporal".

Adjunta a su escrito varios informes médicos relativos al proceso de referencia y la Resolución del Colegio de Abogados de Oviedo designando por el turno de oficio al que asiste a la interesada.

2. El día 30 de septiembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Mediante acuerdo de 2 de octubre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas accede a la realización de las pruebas documentales solicitadas por la interesada y deniega la prueba pericial, dado que el órgano instructor "solamente incorporará al expediente aquellos informes previstos en el artículo 81.1" de la Ley 39/2015,

de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

4. Previa petición formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el 21 de octubre de 2019 la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite un CD que contiene una copia de la documentación solicitada.

En el informe elaborado el día 7 de ese mes por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital se afirma que "la osteomielitis hematógena aguda en adultos es una enfermedad poco frecuente y su despistaje diagnóstico en los Servicios de Urgencias no es habitual". Por otro lado, reconoce que "en la radiografía realizada el 6 de septiembre de 2016 se objetivan cambios patológicos en la metafisis del radio (...) indicativos de una afectación profunda del cuadro clínico y orientarían hacia una impresión diagnóstica y una estrategia terapéutica distinta a la que figura en el informe de alta".

El informe de la médica de Atención Primaria, de 14 de octubre de 2019, se limita a reseñar los emitidos por los diferentes servicios del hospital relacionados con la asistencia prestada a la paciente.

5. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora por una facultativa máster en Valoración del Daño Corporal y diplomada en Medicina del Seguro el 26 de diciembre de 2019. En él señala que el "despistaje diagnóstico" de la osteomielitis "es difícil, y más si se tiene en cuenta que se trataba de una paciente sin factores de riesgo y que como único síntoma presentaba dolor". Considera que "si bien no se llegó al diagnóstico no se vulneró la *lex artis* ni supuso mala praxis". Por otro lado, sostiene que "ese retraso diagnóstico no modificó la evolución del proceso".

Cita diversa literatura médica en la que se abunda en la etiología de la enfermedad, los factores de riesgo y los criterios diagnósticos.

6. Mediante oficio notificado a la interesada el 1 de abril de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas

le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, indicándole que “deberá especificar en el mismo plazo la evaluación económica del daño o perjuicio causado”, vinculando su desatención a la caducidad del procedimiento, de acuerdo con lo establecido en el artículo 95.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

A petición de la interesada, el 25 de junio de 2020 el órgano instructor le remite una copia de los documentos que integran el expediente y se le concede un nuevo plazo de quince días para formular alegaciones.

Con fecha 22 de julio de 2020, la reclamante presenta un escrito en una oficina de correos en el que manifiesta su “desacuerdo” con el informe pericial librado a instancias de la entidad aseguradora, pues estima que “el retraso” en el “diagnóstico sí modificó la evolución del proceso”. Por otro lado, señala que aún no ha sido examinada por un especialista en valoración del daño al no disponer de “recursos económicos para costearlo”, de modo que cuantifica el daño sufrido “de manera provisional en ciento cincuenta mil euros (150.000 €), teniendo en cuenta también el daño moral sufrido”.

7. Mediante oficio de 27 de julio de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

8. Con fecha 6 de agosto de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “no se vulneró la *lex artis* ni ha existido mala praxis”. Señala que “el diagnóstico era difícil, dado que se trataba de una paciente sin factores de riesgo y como único síntoma presentaba dolor”. Añade que el retraso diagnóstico “no modificó la evolución el proceso. El inicio del tratamiento antibiótico solo se demoró cinco días (entre el 6 y el 11 de septiembre)”.

9. Mediante escrito de 4 de septiembre de 2020, esa Presidencial solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

10. El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el 17 de diciembre de 2020, dictamina que no es posible un pronunciamiento debidamente motivado sobre el fondo de la cuestión planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de "aclarar, en primer lugar, si en la radiografía realizada el día 6 de septiembre de 2016 se apreciaban cambios en la metafisis del radio sugestivos de `una afectación profunda del cuadro clínico´, y de confirmarse esos hallazgos si los mismos deberían haber sugerido una impresión diagnóstica distinta a la de `contractura muscular´ (folio 342 de la historia Millennium). También se debe valorar la suficiencia y adecuación de las pruebas realizadas a la clínica que la enferma venía refiriendo desde hacía un mes o si hubiera sido más correcto solicitar pruebas de laboratorio y de imagen adicionales./ Asimismo debe despejarse si el tiempo que transcurre desde la primera visita a Urgencias -6 de septiembre de 2016- hasta que se inicia el tratamiento antibiótico de elección (Tazocel + Clindamicina) ha ocasionado a la reclamante una pérdida de oportunidad terapéutica, como parece inferirse del informe suscrito por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, y de ser así si ello ha influido en la recuperación de la paciente, especificando en cuánto se ha alargado el periodo de convalecencia y si las secuelas que presenta en la actualidad se pueden atribuir igualmente a una actuación médica tardía". Para ello, se solicita la emisión de un nuevo informe por parte del Servicio de Medicina Interna del hospital (especialidad a cargo de la paciente) en el que se responda a dichos extremos. Igualmente, se interesa la remisión del informe de la radiografía realizada el día 6 de septiembre de 2016.

11. Con fecha 16 de febrero de 2021, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor los informes solicitados. En el elaborado el 10 de febrero de 2021 por el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital sobre la radiografía realizada el 6

de septiembre de 2016 se expone que “la solicitud se hizo desde el S.º de Urgencias y, según consta en nuestro historial radiológico, no tiene informe escrito (...). Las radiografías simples de la Sección de Músculo-Esquelético solo se informan a petición del facultativo que lo solicita”.

En el emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna el 15 de ese mismo mes se manifiesta no encontrar “hallazgos sugerentes de proceso infeccioso (...) en la radiografía realizada el día 6, con una situación clínica de normalidad y sin referir fiebre”. Y considera que “la secuencia de antibioterapia oral y finalmente endovenosa se corresponde con la práctica clínica médica habitual, y sigue las recomendaciones de las guías de práctica clínica al uso”.

12. Acordada el día 26 de marzo de 2021 la apertura de un segundo trámite de audiencia, con fecha 26 de abril de 2021 presenta la reclamante un escrito de alegaciones en el que destaca que, “conforme se infiere” del informe emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, las pruebas que se le hicieron “inicialmente no fueron suficientes ni adecuadas para establecer (el) diagnóstico”, y añade que “la tardanza” en administrar “la antibioterapia en procesos especialmente agresivos”, como el que sufrió, “resulta crítica, de manera que de haberse iniciado el tratamiento con antibióticos con mayor prontitud sin duda hoy no padecería las graves secuelas” que sufre y que le “impiden realizar actividades básicas (...), estando asimismo imposibilitada para seguir trabajando”.

13. El día 12 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora una nueva propuesta de resolución en sentido desestimatorio. A lo expuesto en la suscrita el 6 de agosto de 2020, añade que “los reproches que formula la interesada se fundamentan en la evolución posterior de su enfermedad, sin rebatir con argumentos científicos la actuación de los profesionales sanitarios en cada momento de su proceso asistencial”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de mayo de 2021, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

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

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

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter

físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el asunto examinado, la presentación de la reclamación el 4 de septiembre de 2019, varios años después de la fecha en la que se produce la asistencia sanitaria que la motiva -agosto de 2016-, no determina su extemporaneidad, toda vez que nos encontramos ante un supuesto de daños de carácter físico a las personas, por lo que debemos verificar -en este caso- cuándo tiene lugar la estabilización de las secuelas. Consta en el expediente que la paciente recibió el alta en el Servicio de Medicina Interna el día 4 de septiembre de 2018 por “curación de la osteomielitis”, de modo que basta con acudir al principio *dies a quo non computatur in termino* para concluir que la acción se ha ejercitado dentro del plazo de un año legalmente establecido.

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

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

Sin embargo, observamos que el informe evacuado por la facultativa de Atención Primaria con fecha 14 de octubre de 2019 es insuficiente, puesto que se limita a dar cuenta del proceso asistencial de la paciente sin abordar las imputaciones vertidas en el escrito de reclamación. Al respecto, este órgano consultivo ya consideró necesario subrayar, dentro del capítulo de “Observaciones y sugerencias” de la Memoria correspondiente al ejercicio 2019, la relevancia de que los informes de los servicios sanitarios a los que se imputa el daño “resulten minuciosos, razonados -y no descriptivos- y referidos singularmente a los daños y nexo causal invocados por los reclamantes”.

Asimismo, 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

91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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

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

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “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.- En el presente asunto se imputan a la Administración sanitaria los daños y perjuicios que la reclamante atribuye al retraso diagnóstico de una osteomielitis.

De la documentación obrante en el expediente se desprende que la interesada acudió en repetidas ocasiones tanto al centro de salud como al hospital refiriendo dolor en el antebrazo derecho, diagnosticándosele como "contractura muscular" lo que resultó ser una "osteomielitis hematógena de radio derecho por *Fusobacterium nucleatum*". Por tanto, ha de darse por acreditada la existencia de un daño cuyo alcance y evaluación económica determinaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de unos daños efectivos, evaluables económicamente e individualizados surgidos 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 en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la 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 necesarias y disponibles, 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 la mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañen *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 150/2020) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ello ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Pese a la naturaleza señaladamente técnico-médica de las imputaciones que alega, la perjudicada no ha desarrollado en vía administrativa ninguna actividad probatoria en relación con la supuesta infracción de la *lex artis* por los profesionales del servicio público sanitario en el proceso diagnóstico al que fue

sometida, con los síntomas que evidenciarían la dolencia finalmente diagnosticada o con respecto al tratamiento pautado a la vista del proceso asistencial. Por ello, este Consejo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia de una infracción de la *lex artis* y de su relación causal con los daños que se alegan sobre la base de la documentación que obra en el expediente.

A la vista del relato de hechos que presenta la interesada y de la información suministrada por la Administración sanitaria, resulta imprescindible que comencemos por ordenar con un criterio temporal las diferentes asistencias prestadas por el servicio público sanitario.

Consta en el expediente que la paciente comenzó con molestias musculares en agosto de 2016 que se relacionaron con una posible contractura muscular y que no cedieron con reposo y antiinflamatorios, por lo que ante la no mejoría acude al Servicio de Urgencias del Hospital el 6 de septiembre de 2016, donde se mantiene la impresión diagnóstica de "contractura muscular", pautándosele "Diazepam 5 mg". El 11 de septiembre de 2016 es vista nuevamente en el Servicio de Urgencias al referir "empeoramiento del dolor e imposibilidad para los movimientos activos de muñeca y codo", sin fiebre, por lo que se solicita consulta en Medicina Interna al apreciarse una "placa celulítica en antebrazo", pautándosele tratamiento antibiótico y antiinflamatorio y citándola para consulta en la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Tres días después refiere empeoramiento con aparición de fiebre, por lo que su médico de Atención Primaria la deriva al Servicio de Urgencias, donde se le practica un TAC y desbridamiento urgente en el quirófano. Tras los resultados de los cultivos y la realización de múltiples pruebas complementarias fue diagnosticada de "osteomielitis hematógena de radio derecho por *Fusobacterium spp* con posible foco en pieza dentaria".

Con base en estos hechos, la reclamante esgrime que la asistencia sanitaria ha sido "defectuosa" debido a la "tardanza en ser diagnosticada correctamente".

Por su parte, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital afirma que "la osteomielitis hematógena aguda en adultos es una enfermedad poco frecuente y su despistaje diagnóstico en los Servicios de

Urgencias no es habitual”. No obstante, reconoce que “en la radiografía realizada el 6 de septiembre de 2016 se objetivan cambios patológicos en la metáfisis del radio que apenas era apreciables en la realizada unos días antes, el 25 de agosto del mismo año, de forma ambulatoria. Estos cambios son indicativos de una afectación profunda del cuadro clínico y orientarían hacia una impresión diagnóstica y una estrategia terapéutica distinta a la que figura en el informe de alta”.

En cambio, la facultativa que suscribe el informe librado a instancias de la entidad aseguradora sostiene que “el 6-09-2017 (*sic*) en Urgencias no se apreció una alteración metafisaria en la radiografía realizada”. Explica que “en adultos la osteomielitis hematógena aguda es relativamente rara y afecta con más frecuencia a huesos planos, cuerpos vertebrales y diáfisis de huesos largos. Su despistaje diagnóstico, tanto en Asistencia Primaria como en el Servicio de Urgencias hospitalarias, es difícil, y más si se tiene en cuenta que se trataba de una paciente sin factores de riesgo y que como único síntoma presentaba dolor”. Por ello, considera que a pesar de no alcanzarse el diagnóstico “no se vulneró la *lex artis* ni supuso mala praxis”. El autor de la propuesta de resolución asume estas conclusiones, lo que se opone parcialmente al juicio del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, que -según acabamos de indicar- sostiene que se objetivan cambios en la radiografía realizada el 6 de septiembre.

Pues bien, tras la retroacción de las actuaciones acordada en el Dictamen Núm. 288/2020 para aclarar, en primer lugar, si en la radiografía realizada el 6 de septiembre de 2016 se apreciaban cambios en la metáfisis del radio sugestivos de “una afectación profunda del cuadro clínico”, y de confirmarse esos hallazgos si los mismos deberían haber sugerido una impresión diagnóstica distinta a la de “contractura muscular” (folio 342 de la historia Millennium), se ha incorporado al expediente un informe suscrito por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna que señala no encontrar “hallazgos sugerentes de proceso infeccioso (...) en la radiografía realizada el día 6, con una situación clínica de normalidad y sin referir fiebre”.

Dado que carecemos del informe de la radiografía efectuada el 6 de septiembre de 2016 (el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital

comunica que, según consta en su historial, esta prueba no tiene informe escrito), y a la vista de lo informado por los Directores de las Unidades de Gestión Clínica de Urgencias y de Medicina Interna, asumimos que, si bien por la evolución del proceso el día 6 de septiembre “ya existía un inicio de infección en planos profundos de dicho antebrazo” -como indica este último-, lo cierto es que no podemos desconocer que nos encontramos ante una afección de difícil diagnóstico por los servicios de Atención Primaria y de Urgencias, sin que quepa ahora efectuar un juicio retrospectivo una vez que se sabe lo que realmente aconteció. Como hemos señalado en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 137/2020), lo exigible al servicio, tanto en atención primaria como en urgencias, es una atención adecuada a los síntomas por los que la paciente acude, ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros, y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud. En este supuesto no nos enfrentamos a la falta de respuesta ante una sintomatología persistente y grave que reclama pruebas complementarias en los pacientes que acuden con recurrencia (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 30 de abril de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1248-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), sino ante unos signos clínicos que encuentran una respuesta musculoesquelética y una dolencia larvada, de difícil diagnóstico, que solo se evidencia cuando la sintomatología varía de forma notoria.

En todo caso, tampoco se objetiva en qué medida un abordaje más temprano habría mejorado el pronóstico de la paciente. Si bien el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias no concreta si una actuación precoz habría evitado las secuelas que padece la interesada ni en qué medida su evolución habría sido distinta de haberse iniciado el tratamiento antibiótico cinco días antes (recordemos que la antibioterapia de amplio espectro se inició el día 11 de septiembre), la facultativa que informa a instancias de la compañía aseguradora sostiene que “ese retraso diagnóstico no modificó la evolución del

proceso”, apostillando el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas que “el inicio del tratamiento antibiótico solo se demoró cinco días (entre el 6 y el 11 de septiembre)”. Por su parte, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, aunque reconoce que “un inicio de antibioterapia endovenosa más temprana podría haber contribuido a reducir las secuelas”, defiende que con base en “la progresiva evolución de la paciente (...) la secuencia de antibioterapia oral y finalmente endovenosa se corresponde con la práctica clínica médica habitual, y sigue las recomendaciones de las guías de práctica clínica al uso”. Así, explica que el día 11 de septiembre, con “datos sugestivos de infección local”, se indica “antibioterapia oral ante la ausencia de otros signos de alarma”, y que una vez confirmado el diagnóstico de osteomielitis -tras la intervención quirúrgica realizada el 15 de septiembre- se inició “antibioterapia de amplio espectro endovenosa”.

Debemos insistir en que, según la literatura médica citada en el informe pericial, el diagnóstico de esta enfermedad “está basado en la sospecha clínica (signos flogóticos, dolor, fiebre) y la realización de pruebas complementarias (RNM, cultivos tras tratamiento quirúrgico, gammagrafía...), como así se hizo durante el ingreso hospitalario” -asegura la perito-. Y en cuanto al tratamiento de esta patología, “incluye tratamiento quirúrgico con desbridamiento, cultivos, estudio anatómico-patológico, exéresis de tejidos necróticos, tratamientos antibióticos prolongados y tratamiento de las complicaciones”. Revisada la historia clínica, constatamos que una vez se confirmó el diagnóstico de la osteomielitis se siguieron las actuaciones establecidas según las guías clínicas.

En las condiciones señaladas, la carencia de elemento probatorio alguno en torno a la mala praxis que se alega nos aboca a concluir que no se acredita la relación de causalidad entre el daño invocado y la actuación de los facultativos intervinientes. En efecto, todos los informes médicos obrantes en el expediente coinciden en apreciar que la actuación sanitaria fue conforme a la *lex artis ad hoc*, poniéndose a disposición de la paciente los medios suficientes y las pruebas adecuadas atendiendo a la clínica que presentaba en cada momento. Se actuó pautando analgesia de manera escalonada, solicitando estudios de imagen y remitiendo al Servicio de Urgencias ante la falta de

respuesta al tratamiento. La nueva sintomatología referida por la paciente sugirió la existencia de una patología grave, lo que junto a la aparición de fiebre y el absceso determinaron el ingreso hospitalario para tratamiento quirúrgico, tras el cual fue posible alcanzar el diagnóstico de la enfermedad que padecía.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.