

Dictamen Núm. 65/2025

V O C A L E S :

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

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de mayo de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 5 de febrero de 2025 -registrada de entrada el día 11 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de un error diagnóstico que llevó al inadecuado tratamiento de una infección bucal.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 9 de octubre de 2023, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos a consecuencia de un error diagnóstico, lo que implicó que no se aplicasen los medios adecuados para su tratamiento ni se siguieran los protocolos establecidos.

Explica que el 8 de julio de 2021 ingresó en el Hospital “X”, desde donde fue derivado al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, debido a que, “según me

informaron sufrí un absceso submandibular y submental con tumefacción dura a la palpación, abombamiento de la cara lingual, suelo de la boca en el lado derecho mandibular con salida espontánea de material purulento e intensos dolores. Fue necesaria la realización de un drenaje quirúrgico del área afectada mediante una incisión extraoral por debajo de la rama mandibular derecha con consecuente colocación de un drenaje submandibular y un amplio tratamiento antibiótico”.

Añade que “esta nueva intervención y tratamiento tampoco fueron efectivos y mi situación clínica continuó empeorando hasta el desarrollo de un grave cuadro de osteomielitis -infección ósea- con necrosis ósea mandibular en correspondencia del área afectada, llegando a causar la fractura del cuerpo mandibular derecho y obligándome ello a continuos ingresos”.

Aclara que fue sometido a “complejos tratamientos quirúrgicos de reconstrucción ósea, mediante autoinjertos -cresta ilíaca- y placas de osteointegración con tornillos de fijación, tratamientos farmacológicos, biopsias y todo tipo de pruebas complementarias, padeciendo en consecuencia enormes dolores, molestias y grave afectación de mi calidad de vida” y que, “actualmente -tras ser atendido por innumerables facultativos- me encuentro estable, sin signos de infección activa, presentando una buena cicatrización intra-extraoral aunque presento aún una importante alteración de la sensibilidad y defectos óseos en correspondencia del área afectada, según me advierten de muy larga/ difícil recuperación total./ Debe dejarse constancia de que la problemática descrita motivó un período de incapacidad temporal que se inició a finales del mes de junio de 2021 y se prolongó hasta el 20 de diciembre de 2022, fecha en la que se emitió el alta médica” por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante INSS), “en cuya resolución se hace expresamente referencia a la duración aludida -365 días prolongados por 180 días más-”.

Afirma que “deviene incuestionable que hubo errores de diagnóstico por parte de los facultativos del Hospital “Y” al no haber (sido) valorado acertadamente (...). Errores que determinaron que no se siguieran al pie de la

letra todos los protocolos médicos exigibles ni se pusieran los medios de tratamiento adecuados al padecimiento que sufría, resultando evidente que esa indebida aplicación de medios para la obtención del resultado que se produjo como consecuencia de aquellos errores médicos de diagnóstico, resulta sancionable”.

Fija el *quantum* indemnizatorio en setenta y seis mil cuatrocientos setenta y ocho euros (76.478 €).

Asimismo, interesa que se solicite informe a nueve “médicos responsables” del Hospital “Y”, a los que identifica, y acompaña copia de la resolución del INSS donde figura el tiempo de la incapacidad temporal y la fecha del alta médica.

2. Mediante oficio de 6 de noviembre de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección y Centros Sanitarios comunica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio, la designación de instructor y su régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento el día 29 de noviembre de 2023, la Gerencia de Área Sanitaria IV le remite copia de la historia clínica del paciente y el informe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital “Y”

En dicho informe, de fecha 24 de noviembre de 2023, se analizan las circunstancias de los distintos ingresos hospitalarios del paciente en relación con el asunto que ahora interesa, reflejando que se trata de un “paciente (...) alérgico a la penicilina” que se somete en la sanidad privada a una intervención para la colocación de un implante dental el día 23 de junio de 2021, que le es retirado el día 6 de julio, tratado con clindamicina, con mala evolución, que finalmente acude a la sanidad pública, siendo derivado al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”.

Explica que “en nuestro medio, la alergia a la penicilina y sus derivados conlleva un mayor riesgo de complicaciones infecciosas tras un procedimiento quirúrgico en la cavidad oral. La clindamicina, el antibiótico de elección en estas situaciones, presenta una efectividad menor que las penicilinas por un mayor grado de resistencias. En el caso que nos ocupa, el paciente, cuyo único antecedente relevante es la alergia a la penicilina, es derivado a nuestro Servicio tras un procedimiento quirúrgico privado del que no constan informes (...). Tras un tratamiento correcto en Urgencias es ingresado en planta y ante una evolución favorable, (...) es dado de alta con seguimiento ambulatorio. Nueve días más tarde es ingresado de nuevo con una reaparición del cuadro y es en este ingreso donde se le realiza el diagnóstico de osteomielitis mandibular, exactamente 20 días tras la primera valoración por nuestra parte, lo cual en el contexto de una osteomielitis no puede considerarse como una demora excesiva en el diagnóstico./ Los protocolos existentes sobre el tratamiento de la osteomielitis se basan en varios pilares fundamentales: la historia detallada y el examen físico del paciente, el diagnóstico por imagen, el tratamiento multidisciplinar en colaboración con especialistas en enfermedades infecciosas, la toma de cultivos que permitan una antibioterapia dirigida, la biopsia ósea que descarte otro origen del cuadro, el tratamiento quirúrgico para la retirada del hueso afecto desvitalizado y el tratamiento prolongado con antimicrobianos, inicialmente por vía intravenosa para continuarse por vía oral, que puede alcanzar varios meses de duración. Dentro de las complicaciones habituales en las osteomielitis crónicas se describen las fracturas debidas a una fragilización del hueso por el proceso infeccioso. En este caso en concreto, al paciente se le realizaron todos los pasos anteriormente enumerados y si bien el tratamiento fue prolongado sufriendo complicaciones como una fractura patológica y una reacción anafiláctica grave, el tratamiento fue conforme a los estándares actuales además de efectivo, pudiendo ser dado de alta en un período relativamente corto para este tipo de enfermedades, donde no en todos los casos se consigue la curación”.

Señala, finalmente, que “las secuelas que refiere el paciente vienen determinadas por la osteomielitis y su tratamiento. En el momento actual el paciente presenta una cicatriz cervical con un aspecto adecuado, una hipoestesia labiomentoniana derecha, la pérdida de dientes en contigüidad con el proceso y molestias/tirantez en la región mandibular y submaxilar derecha donde sufrió la infección y fue intervenido. Teniendo en cuenta que el paciente ya presentaba una disminución de la sensibilidad en el lado derecho del labio y el mentón en el segundo ingreso y antes de la fractura, es difícil atribuir esa lesión únicamente al tratamiento o a la demora en el mismo. Es más probable que esté en relación con el característico daño al nervio alveolo dentario inferior que acontece en las osteomielitis mandibulares por aumento de la presión intramedular que induce a una compresión directa del paquete vasculonervioso y por inflamación del nervio debido al pus intraóseo, en lo que se conoce como el signo de Vincent”.

Constan tres informes de resultados de pruebas de imagen. El primero, suscrito el 29 de julio de 2021, señala como hallazgos “lesión lítica de contornos irregulares y aproximadamente 12 mm de eje anteroposterior en el hemicuerpo mandibular derecho, como secuela de implante dental previo. Involucra a la raíz del diente 45 y presenta un pequeño secuestro óseo de aproximadamente 8 mm que sugiere osteomielitis localizado en su vertiente inferomedial, coincidiendo con la cortical lingual mandibular, en donde se identifican dos pequeñas soluciones de continuidad. En íntimo contacto con las mismas se observan moderados cambios de aspecto inflamatorio flemonoso que se extienden en torno al hemicuerpo mandibular derecho, con afectación del espacio sublingual desde la altura aproximada del diente 43 hasta el ángulo mandibular y de los planos blandos localizados en torno a la cortical vestibular mandibular./ Moderados cambios inflamatorios en la celda submandibular derecha, con aumento de tamaño e hipodensidad relativa de la glándula submandibular, múltiples adenopatías de aspecto inflamatorio reactivo y una pequeña colección hipodensa con realce periférico irregular de aproximadamente 20 x 13 x 6 mm (AP, TR, CC) sugestiva de absceso, con una

teja de drenaje escasamente introducida a través de su porción declive./ Pequeña solución de continuidad de aproximadamente 3 mm en la pared inferolateral del seno maxilar izquierdo, de probable carácter posquirúrgico, desconozco antecedentes./ Resto sin alteraciones significativas". Refleja como diagnóstico "hallazgos sugestivos de osteomielitis hemimandibular derecha con moderados cambios de aspecto inflamatorio flemonoso en los espacios sublingual y submandibular derechos. Colección laminar sugestiva de absceso en el espacio submandibular derecho".

Un segundo informe, de 11 de octubre de 2021, se refiere a "paciente con osteomielitis mandibular de 4.º cuadrante. A (tratamiento) antibiótico durante unos 3 meses" y contempla como hallazgos "fractura patológica del cuerpo de la hemimandíbula derecha con un fragmento libre de 17 mm procedente de la cortical inferior que se aloja en la lesión lítica de aproximadamente 20 mm de eje anteroposterior en relación con osteomielitis ya conocida./ Colección hipodensa multiloculada con captación periférica en el espacio submandibular derecho de 28 x 19 x 17 mm (AP x T x CC) que presenta un trayecto fistuloso a la piel siguiendo el trayecto del drenaje previo, en relación con absceso./ Extensos cambios inflamatorios en el tejido subcutáneo y en los tejidos blandos adyacentes a la cortical vestibular mandibular con pérdida del plano de clivaje con el músculo milohioideo que no permite descartar su afectación./ Aumento de tamaño e hipodensidad de la glándula submaxilar derecha y múltiples adenopatías locorregionales, posiblemente reactivo del proceso infeccioso adyacente". En el diagnóstico contempla "fractura patológica del hemicuerpo derecho de la mandíbula./ Colecciones subcutáneas con fistulización a la piel".

El informe de los resultados de pruebas de imagen de 22 de febrero de 2022 señala como diagnóstico "evolución radiológica favorable de la fractura mandibular. Sin cambios inflamatorios agudos significativos aparentes".

4. Obra, seguidamente, en el expediente un informe pericial librado el 25 de noviembre de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la

Administración, por un especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, así como en Radiodiagnóstico y Diagnóstico por la Imagen, que concluye que “en las diferentes anotaciones o datos clínicos aportados, no se objetivan signos directos o indirectos de mala praxis en la atención prestada al paciente”.

Señala que “nos encontramos ante un cuadro clínico complejo desencadenado tras un procedimiento quirúrgico dentario con colocación de implante dental por odontólogo privado que presenta posteriormente una infección del área quirúrgica requiriendo explantación de dicho implante por su odontólogo privado” y que, “a pesar de ello, y de la administración previa de antibiótico por vía oral (prescrito por su odontólogo), fundamentalmente clindamicina (de menor eficacia que el grupo de antibióticos estándar para este tipo de infecciones y que corresponden con el grupo de las penicilinas y sus derivados, contraindicados en el paciente por presentar alergia a los mismos) el paciente presentó un empeoramiento de su cuadro infeccioso, motivo por el que tuvo que acudir al Hospital ‘Y’”, advirtiendo que “en dicho centro hospitalario se diagnosticó y trató de forma progresiva y secuencial, tanto por parte de los Servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial como de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, el cuadro infeccioso complejo centrado en la hemimandíbula derecha con posterior desarrollo de proceso de osteomielitis subaguda/crónica mandibular con ulterior desarrollo y fractura patológica secundaria”.

Explica que “el diagnóstico de un proceso de osteomielitis mandibular (...) es altamente complejo, no pudiendo considerarse dados los tiempos transcurridos, reflejados en las anotaciones clínicas, como un retraso en el diagnóstico. No se ha evidenciado por parte de este perito, ninguna pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica relacionada con el tratamiento realizado”. Añade que “la aparición de secuelas en forma de alteración de la sensibilidad en la zona, discreta limitación de la apertura o cicatrices localregionales, no pueden ser atribuidos, en ningún caso, a una mala praxis sino a la lógica consecuencia del tratamiento quirúrgico de una complicación grave, aunque infrecuente, de las infecciones de la cavidad oral manifestada en

forma de fractura patológica secundaria a un proceso de osteomielitis mandibular”.

5. Mediante oficio, notificado al interesado el 17 de diciembre de 2024, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

No consta que se hayan efectuado alegaciones.

6. El día 24 de enero de 2024, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Acoge las apreciaciones del informe pericial obrante en el expediente y concluye que, “en base a la documental y a falta de pericial de parte que la contradiga, la asistencia sanitaria ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*”, no objetivándose “relación de causalidad alguna entre la misma y las secuelas actuales” y afirma que consta “la aplicación de las medidas diagnósticas y terapéuticas disponibles, para lograr la curación del proceso”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de febrero de 2025, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k) de la Ley del

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, dado que 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 lo relativo 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 expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 9 de octubre de 2023, constando como fecha del alta médica el 20 de diciembre de 2022, por lo que, al margen de otras consideraciones, es claro que ha sido formulada dentro del plazo legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las

especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

No obstante, se repara en que, tras el cambio de instructor, se omite el oportuno traslado al reclamante del nombramiento de la nueva instructora del procedimiento. En cualquier caso, ha de constarle al interesado esa nueva designación a través del oficio en el que se le notifica la apertura del trámite de audiencia.

Por último, se aprecia que, iniciado el procedimiento el 9 de octubre de 2023, la propuesta de resolución se fecha el 24 de enero de 2024, en apariencia, por un error material en el año consignado, pues aquella propuesta es posterior al informe pericial de la aseguradora de la Administración, librado en noviembre de 2024. Considerada la fecha de inicio, al tiempo de la entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo se había rebasado ya, con creces, 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 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que el reclamante pretende ser indemnizado por los daños que entiende derivados de la asistencia sanitaria que le fue dispensada en un hospital público, por considerar que no fue diagnosticado de

manera acertada, lo que determinó que no se empleasen en su curación los medios adecuados y disponibles, llegando a alegar la falta de seguimiento de lo establecido en los protocolos aplicables.

Resulta acreditada la efectividad del daño, en la medida en que consta que hubo de ser ingresado en sucesivas ocasiones, alcanzándose distintos diagnósticos determinantes de la asistencia dispensada.

Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica, directamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 130/2024), al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico, reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del

enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no sólo 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 -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- 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 la mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*, de modo que no son, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 18/2025) 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, en esencia, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de tales supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, la responsabilidad patrimonial no sólo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y, en particular, que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, en el presente caso, el interesado no desarrolla actividad probatoria alguna al

respecto. Únicamente acompaña su reclamación de un certificado del INSS para justificar el periodo en que se encontró en situación de baja laboral. No aporta tampoco ninguna valoración que permita sustentar indiciariamente sus afirmaciones referidas a que “hubo errores de diagnóstico”, los cuales “determinaron que no se siguieran al pie de la letra todos los protocolos médicos exigibles” -sin hacer referencia a guías clínicas concretas- y a que no “se pusieron los medios de tratamiento adecuados”, a pesar de reconocer haber sido atendido por, al menos, nueve especialistas.

Ahora bien, antes de abordar el análisis concreto del procedimiento que nos ocupa, debe tenerse presente, como viene advirtiendo este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 48/2024), que en la medicina, que no es una ciencia exacta, la mera corrección técnica en el desempeño -con independencia de cualquier otra circunstancia- no conlleva, en todo caso, un resultado exitoso, puesto que siempre existe un factor de imprevisibilidad, cual es la diferente reacción que diversos pacientes pueden tener ante idéntico tratamiento o prueba.

Finalmente, no puede dejar de ponerse de relieve que el solicitante dispone de información relevante que no aporta: la asistencia sanitaria que recibe en el ámbito público deriva de un proceso infeccioso vinculado a dos intervenciones realizadas por un odontólogo privado, bajo cuyas recomendaciones inicia el tratamiento de la infección que deriva en las consecuencias aquí analizadas, sin aportar ninguna referencia o aclaración sobre el particular.

En el procedimiento sometido a consideración, el reclamante sostiene, sin exponer los antecedentes, que el primer ingreso hospitalario se debe a un absceso submandibular y submental con tumefacción, siendo necesaria la realización de un drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico, a pesar de lo cual, la situación clínica derivó en el desarrollo de osteomielitis con necrosis ósea mandibular, lo que llevaría a la ulterior fractura del cuerpo mandibular derecho. El afectado destaca que hubo de sufrir sucesivos ingresos hospitalarios, con intervenciones quirúrgicas, tratamiento farmacológico y

sometimiento a numerosas pruebas, con las consiguientes consecuencias en su esfera personal, que incluyó un período de incapacidad temporal de 545 días, además de diversas secuelas.

De la documentación obrante en el expediente, se evidencia que nos encontramos con un paciente de 51 años que se somete a una intervención para la colocación de un implante dental el 23 de junio de 2021 por parte de un odontólogo privado, que debe retirárselo el día 6 de julio y le trata con clindamicina, fármaco de uso común en sustitución de la penicilina, que presenta una eficacia menor, dado que el afectado es alérgico a este tipo de antibióticos. Debido a la mala evolución, este acude a la sanidad pública ingresando dos días después de la retirada del implante. El ingreso se prolonga desde el día 8 hasta el día 16 de julio de 2021, fecha en que es dado de alta por mostrar una evolución favorable. A pesar de ello, el día 22 del mismo mes acude al Servicio de Urgencias "por un nuevo episodio de infección submandibular". Tras drenaje y cultivo, y cambio de fármaco antibiótico, "ante la ausencia de criterios de gravedad se mantiene la revisión en consultas externas". Dado de alta, empeora y es ingresado el día 25 -hasta el 8 de agosto-, detectándose hipoestesia labiomentoniana derecha. Intervienen profesionales del Servicio de Alergia y de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, alcanzándose el diagnóstico de osteomielitis mandibular mediante prueba de imagen realizada el día 28 de julio. El informe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial justifica el plazo en el que se alcanza el diagnóstico de osteomielitis mandibular ("20 días tras la primera valoración por nuestra parte") lo cual, razona, "en el contexto de una osteomielitis no puede considerarse como una demora excesiva en el diagnóstico".

El día 2 de agosto se somete a una intervención quirúrgica, que incluye la exodoncia de un diente, siendo dado de alta el día 8, pautado tratamiento farmacológico. A pesar de la mejoría, consta que vuelve a presentar tumefacción mandibular, por lo que acude al Servicio de Urgencias el día 11 de octubre, quedando ingresado hasta el día 17 de noviembre; un tac evidencia una fractura patológica. Figura que el día 18 de octubre ingresa en la Unidad de

Cuidados Intensivos por un *shock* anafiláctico derivado del uso de antibióticos betalactámicos; superado, el día 20 es intervenido quirúrgicamente para abordar la fractura mandibular, prolongándose el tratamiento antibiótico intravenoso cuatro semanas, para seguir después con el tratamiento por vía oral. El día 18 de febrero de 2022 se realiza una prueba de imagen que evidencia una evolución favorable de la situación clínica, siendo dado de alta por parte de la Unidad de Enfermedades Infecciosas el día 17 de marzo, constando que, en el momento de presentarse la reclamación, el interesado se encontraba en seguimiento por parte del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

El informe suscrito por este servicio explica que el paciente es derivado al mismo "tras un procedimiento quirúrgico privado del que no constan informes" y descarta mala praxis en la sanidad pública, en el mismo sentido que el informe pericial aportado por la empresa aseguradora de la Administración. Podemos concluir que, al reclamante, se le trató conforme la práctica clínica exigida, a pesar de lo cual sufrió diversas complicaciones derivadas del proceso infeccioso, lo que parece estar directamente relacionado con su alergia a la penicilina y sus derivados, que le coloca en una situación de riesgo. No queda constancia en el expediente de la incidencia de otros factores, como el tiempo transcurrido entre el inicio del proceso infeccioso y la primera visita al Servicio de Urgencias, sin que, no obstante, pueda obviarse que el proceso se inicia en el curso de un tratamiento odontológico en la sanidad privada, donde comienza el tratamiento antibiótico. El diagnóstico de osteomielitis justifica, ante la mala evolución, las fracturas por fragilización del hueso por el proceso infeccioso, sin que ello pueda ligarse a una supuesta mala praxis médica; al igual que las secuelas derivadas del tratamiento quirúrgico, como puede ser la presencia de cicatrices.

Tras el examen de la documental obrante en el expediente, este órgano consultivo considera que no se ha acreditado mala praxis ni en el tratamiento dispensado ni en el empleo de los medios disponibles, sin que se aprecie error diagnóstico ni retraso asistencial. Al contrario, desde el momento en el que el paciente acude a la sanidad pública, tras una intervención odontológica en un

centro privado -y con unas pautas antibióticas aplicadas tomando en consideración su alergia a la penicilina-, se le brinda un despliegue de medios, que incluye la intervención de profesionales de distintos servicios y unidades, en atención a sus concretas circunstancias; las sucesivas pruebas muestran su progresión, sin que quepa entender que se relaciona con la asistencia sanitaria dispensada al enfermo. La evolución desfavorable, a pesar de seguirse los protocolos de actuación aplicables, es la materialización de consecuencias derivadas de la propia enfermedad del reclamante, sin que la mera presentación de un resultado no deseado justifique el reproche a la Administración sanitaria.

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.