

En Logroño, a 15 de octubre de 2019, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

97/19

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a B.L.B, por los daños y perjuicios que entiende causados, por daño iatrogénico, al ser tratada de una rizoartrosis con secuela de tenosinovitis infecciosa de los flexores del primer dedo de la mano izquierda; y que valora en 51.488,22 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 3 de diciembre de 2018, presentado en la Gerencia del Servicio Riojano de Salud (SERIS), teniendo entrada en el Registro de la Consejería de Salud (en lo sucesivo, Consejería actuante) el siguiente día 5, la expresada paciente formuló una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, que se fundamenta en los siguientes hechos:

“La paciente, de 56 años en la fecha de los hechos, relata que, el 6 de septiembre de 2018, acudió al Centro de Salud de Nájera al sufrir rizartrosis en el dedo pulgar, realizándole el MAP (Médico de Atención Primaria) infiltraciones en tres partes, sin informarle de las alternativas de tratamiento y de los posibles riesgos. Tres días más tarde, ante la persistencia del dolor e inflamación, vuelve al Centro de salud, donde el Facultativo que le intervino le indicó que era normal y que se resolvería en unos días.

La (paciente) vuelve al Centro de salud a los 8 días, y es cuando la derivan a Consultas (externas, CEX, del Servicio) de Traumatología, si bien parece ser que no le dieron cita hasta el 16 de noviembre de 2018 en CEX.

Ante la persistencia del dolor, no pudo esperar a la cita con (el Servicio de) Traumatología, por lo que, en fecha 26 de septiembre de 2018, acudió al Servicio de Urgencias del HSP (Hospital San Pedro del SERIS, en Logroño), donde, a pesar de presentar dolor, impotencia funcional y tumefacción, del primer dedo mano izquierda y síntomas de sepsis, no le realizaron una ECO (ecografía), manteniéndose actitud expectante y derivándola (al Servicio de) Traumatología con tratamiento antibiótico.

Sostiene que, ante la ausencia de mejoría, el 12 de octubre de 2018, acude (al Servicio de) Urgencias del HSP, donde le realizan una radiografía (RX), y le dan el alta con tratamiento farmacológico y cita en CEX (del Servicio de) Traumatología para el 29 de octubre.

Decide acudir el 16 de octubre de 2018 a la Sanidad privada, donde le realizan ECO y RX y se establece la necesidad de intervención urgente. Con dicho informe, acude (al Servicio de) Urgencias del HSP y diagnosticada de tenosinovitis infecciosa de flexores del primer dedo de mano izquierda fue ingresada e intervenida quirúrgicamente, recibiendo el alta hospitalaria el 5 de noviembre de 2018.

Sostiene que el proceso asistencial y secuelas que presenta traen causa de dos concretas actuaciones del SERIS: i) realización de infiltraciones por (el Servicio de) Atención Primaria; lesión iatrogénica, no informada como riesgo, ii) retraso en el diagnóstico y tratamiento de la patología de base, lo que ha empeorado su evolución; pérdida de oportunidad terapéutica.

La reclamante alega que la actuación del SERIS es contraria a la lex artis por los siguientes motivos: i) falta de indicación de la intervención realizada por (el Servicio de) Atención Primaria, falta de medidas de asepsia que causaron una infección y graves lesiones; ii) falta de consentimiento informado; iii) lesión iatrogénica en la intervención; y iv) falta de interés tanto por (el Servicio de) Atención primaria como por el Servicio de Urgencias en realizar pruebas complementarias (ECO) indicadas”.

La reclamante acompaña estudios e informes médicos, así como justificantes de gastos y solicita una indemnización total que asciende a 51.488,22 euros.

Segundo

Mediante Resolución de 19 de diciembre de 2018, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 5 y se nombra Instructor del procedimiento.

Tercero

Por carta del mismo día 19, se comunica, a la interesada, en el despacho de su Abogado en Madrid, la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por los arts. 24.1.2º y 91.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

Y, mediante comunicación de ese mismo día, el Instructor se dirige, a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-HSP, solicitando que se le remitan cuantos antecedentes

existan y aquellos datos e informes que se estimen de interés, relacionados con la asistencia sanitaria prestada por el Centro de Salud de Nájera y por el Servicio de Urgencias del HSP de Logroño, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la existencia prestada y situación actual del reclamante.

Cuarto

Mediante escrito de 18 de enero de 2019, la Dirección del Área de Salud remite, al Servicio de Asesoramiento y Normativa, la historia clínica y los informes aportados por los Dres. Z.S, A.N. y C.G.

Quinto

Obran, seguidamente, en el expediente, el informe pericial de la Consultora médica P. y el de la Inspección médica, que había solicitado el Instructor el 21 de enero. El informe de P, de fecha 18 de febrero de 2019, establece las siguientes **conclusiones generales:**

1.- (La paciente), de 56 años, padecía una rizartrrosis y un primer dedo en gatillo de mano izquierda, patología correctamente tratada por su MAP en base a tratamiento conservador seguido de infiltraciones.

2.- Una de las dos infiltraciones aplicadas sufrió una complicación de tipo infeccioso, que evolucionó de forma atípica, no mostrando síntomas claros ni signos objetivos (incluida analítica) en ningún momento.

3.- A partir del 12/10 se pautó antibioterapia por parte del HSP, solo en base a sospecha de posible infección.

4.- Cinco días después, el 17/10 le fue practicada una ecografía en la Medicina privada, que informó de la existencia de tenosinovitis aguda en el flexor del primer dedo y colección inflamatoria en cara anteroextema del dorso del primer dedo a la altura de la MCF de, aproximadamente, 12 mm, con solución de continuidad en la cortical de la cara externa de la cabeza del 1er. MC, por lo que acudió de nuevo (al Servicio de) Urgencias, decidiéndose el ingreso.

5.- A partir de esa fecha, el manejo de la paciente fue absolutamente correcto, siendo confirmada una tenosinovitis infecciosa, a causa de una *Pseudomona aeruginosa*, y consiguiendo eliminar la infección en un plazo de unas dos semanas.

El informe de P. termina con la siguiente **conclusión final:**

“Tras el estudio de la documentación aportada, no se aprecia la existencia de mala praxis ni actuación no acorde a lex artis por parte de los Especialistas del SERIS. La paciente fue

correctamente atendida en todo momento, pero los síntomas que presentaba no fueron claros en ningún momento de la complicación infecciosa que padecía”.

Sexto

Del informe de la Inspección médica de 21 de marzo de 2019, destacamos la siguiente **discusión científico-técnica**:

1. Respecto a la falta de indicación de la infiltración (que la interesada refiere en todo momento como intervención) considero que estaba bien indicada por su Médico de Atención Primaria. Como bien señala el Dr. C.R.Z.S, las guías de actuación médica indican que la causa más frecuente de dolor en manos sin patología traumática, es la artrosis, patología de carácter degenerativo y que afecta a las articulaciones, y la patología tendinosa (tendinitis, dedo en gatillo, etc.), siendo en mujeres la artrosis más prevalente. Por tanto, desde el principio, el diagnóstico fue correcto. Dichas guías también señalan el proceder terapéutico más adecuado y que comienza por mantener la articulación y los tendones en reposo mediante el uso de una férula apropiada y aplicación de frío local. También aconseja el uso de antiinflamatorios de origen no esteroideo. Y así se hizo por el Médico de cabecera, en primer lugar, en el tratamiento de esta paciente. A los ocho días, la paciente vuelve a Consulta (del Servicio de) Atención Primaria porque, a pesar del tratamiento, continuaba con clínica de dolor e inflamación, y es entonces cuando se plantea la infiltración como nueva incorporación terapéutica. El objetivo de la infiltración es aliviar o suprimir el dolor y la inflamación y, con ello, mejorar la impotencia funcional de la articulación afectada. Según las guías de actuación clínica, está correctamente indicada una vez que las primeras medidas establecidas no han sido eficaces, como es en este caso. No había contraindicación alguna en su aplicación y, además, es un procedimiento médico que, con relativa frecuencia, se realiza en las Consultas (del Servicio de) Atención Primaria y para el cual los profesionales de este nivel están adecuadamente preparados;

En cuanto a la falta de medidas de asepsia que la paciente señala, no fundamenta cuáles son los hechos y circunstancias en las que se basa para dicha aseveración, en tanto que el Dr. Z.S, en su escrito, concreta una serie de medidas; como que se hizo en colaboración con la Enfermera en la Consulta, que se siguieron los principios básicos de asepsia para este tipo de procedimientos, como uso de jeringas y agujas desechables, uso de guantes y gasas estériles, desinfección local de la zona a infiltrar con antisépticos apropiados. Por todo ello, es más creíble la versión de que se tomaron las medidas habituales en estos procedimientos para asegurar una asepsia suficiente, descartando la falta de medidas que la paciente denuncia, sin especificación concreta alguna.

2. En relación a la falta de consentimiento informado, y que no fue informada de los riesgos ni de la existencia de otras alternativas, el Dr. Z.S asegura ... que la paciente fue debidamente informada y que dio su consentimiento tácito. Es más, asegura que la paciente conocía bien cómo era la técnica de infiltración, ya que el Dr. R.O, anterior Médico de Familia, le había realizado infiltraciones en dos ocasiones previas, por epicondilitis, en junio de 2018.

3. En cuanto a la que denomina lesión iatrogénica, como derivada de la infiltración, que no fue diagnosticada ni tratada convenientemente durante mes y medio, a la paciente, se le infiltra, el 07/09/2018, y acude nuevamente a Consulta (del Servicio de Atención) Primaria el 11, es decir cuatro días más tarde. Seguía con dolor e inflamación, en la base del dedo, se observaba un hematoma, pero no refirió en ningún momento ni haber tenido fiebre ni escalofríos. Vuelve

nuevamente a Consulta (del Servicio de Atención) Primaria 10 días más tarde, y comenta que ha sido vista por el Dr. R.O, su anterior Médico de cabecera, y que le dijo que podría tratarse de una cristalización del medicamento, es decir de una sinovitis microcristalina. Tampoco refiere ni fiebre ni escalofríos. Se le explora, sin percibir cambios significativos y se solicita una radiografía de la mano, donde no se aprecia signos de patología aguda, como luxación o fractura o erosiones. Como las sinovitis microcristalinas es una de las complicaciones más frecuentes, hay coincidencia entre ambos Médicos y se aplica el tratamiento oportuno en estos casos. La paciente vuelve, una última vez, a la Consulta (del Servicio de Atención) Primaria, el 5 de octubre, donde comenta que ha acudido (al Servicio de) Urgencias del HSP, y le han pautado antibiótico durante 7 días por una probable infección de partes blandas. Trascurrido este periodo de tiempo y que sigue con los mismos síntomas solicita interconsulta con (el Servicio de) Traumatología, haciendo su Médico una petición de consulta de carácter preferente-urgente, sin que la paciente haya acudido nuevamente. Es evidente que la atención (en el Servicio de Atención) Primaria ha sido adecuada y correcta, tanto en lo que se refiere al diagnóstico como a las pautas progresivas de tratamiento conforme se constata que no había respuesta adecuada, produciéndose visitas de seguimiento de manera periódica hasta que la paciente ha dejado de acudir, sin duda, por acudir a la asistencia en el nivel especializado. Creo que, derivado de los datos reflejados con anterioridad, su atención en el nivel primario ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*.

Por lo que se refiere a la atención en (el Servicio de) Urgencias del HSP, la paciente ha acudido en tres ocasiones: el 29/09/2018, el 12/10/2018 y el 17/10/2018. En la primera atención, puede ser entendible que se sospeche probable infección de partes blandas, pero quizá en la atención del 12/10/2018 hubiera sido oportuno, vistos los antecedentes, consultar con el Traumatólogo de guardia la situación de la paciente, y la realización de pruebas complementarias más precisas, como una ecografía, para descartar o confirmar otros diagnósticos. En este sentido, y estando en un medio hospitalario, y teniendo en cuenta la finalidad de un Servicio de Urgencias, que, en ningún caso, su objetivo es conseguir un diagnóstico preciso, sino descartar aquella patología que precise de urgente atención por comprometer seriamente la vida del paciente o bien la funcionalidad de sus órganos, entiendo que, sin que se haya vulnerado la *lex artis*, sí que hubiese sido oportuno la realización de más pruebas complementarias y/o bien la solicitud de colaboración del Traumatólogo de guardia en la visita del 12/10/2018.

Dicho lo anterior, hemos de señalar rotundamente que estos cinco días, que van del 12 al 17 de octubre, en que la paciente ingresa con los diagnósticos de tenosinovitis aguda, y probable absceso en la articulación metacarpo-falángica del primer dedo, no puede considerarse como una circunstancia que ensombrece la recuperación funcional de la articulación.

En cuanto a la génesis del posible absceso en la articulación, debemos tener en consideración, en primer lugar, que un absceso no se forma al día siguiente de la infiltración, sino que una colección de líquido exige un tiempo de evolución y, unas veces, se resuelve con tratamiento y, otras, se constituye en una colección de pus más o menos limitada y organizada, que denominamos absceso; en segundo lugar, que es una complicación muy rara en las infiltraciones. Las complicaciones más frecuentes en la infiltración intrarticular son el dolor postinfiltración (sinovitis reactiva; del 2 al 10%), la atrofia de la piel o atrofia de la grasa (en torno al 1%, respectivamente) y, por último, el flushing facial (desde menos del 1% hasta el 12%). Menos frecuentes son las infecciones intrarticulares postinfiltración y la rotura del tendón. La infección intrarticular es la complicación más importante, con una incidencia que varía según las series, pero es muy baja, del orden de 1-5 casos por cada 100.000 infiltraciones. Por último, el Traumatólogo Dr. A, en su escrito, cita literatura científica que dice lo siguiente: el mecanismo de producción no suele ser la inoculación

directa (por tanto no achacable a problemas de asepsia en su realización), sino por diseminación hematológica (traumatismo de punción), siendo el germen más frecuente el S. A.

4. Referente a la falta de interés tanto (en el Servicio de Atención) Primaria como en (el Servicio de) Urgencias, limitándose a tratar la sintomatología cuando se trataba de una lesión que requería de intervención urgente, a mi juicio, la actuación sanitaria realizada (en el Servicio de Atención) Primaria ha sido correcta y que si bien hubiera sido acertado, en la segunda visita (al Servicio de) Urgencias la realización de alguna prueba complementaria más precisa, en modo alguno puede entenderse como una vulneración de la lex artis ad hoc, de un Servicio de Urgencias que, como he comentado, su finalidad última no es conseguir un diagnóstico diferencial preciso, tarea encomendada a los diferentes Servicios y Unidades de un Centro hospitalario y que en muchos casos exige la realización de pruebas y exploraciones que no es posible abordar en un Servicio de Urgencias. Una vez producido el diagnóstico, la aptitud del Servicio de Traumatología, ingresando a la paciente y operándola con prontitud es lo más adecuado”.

Séptimo

Mediante escrito dirigido al Letrado de la interesada, de 21 de marzo de 2019, notificado el siguiente día 28, el Instructor da trámite de audiencia, sin que se presenten alegaciones.

Octavo

Con fecha 10 de mayo de 2019, el Instructor del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Noveno

La Secretaria General Técnica, el día 13 de mayo, remite, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 7 de junio de 2019.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 12 de junio de 2019, registrado de entrada en este Consejo el inmediato día siguiente, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remite, al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito firmado, enviado y registrado electrónicamente de salida el 18 de julio de 2019, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo, procedió en nombre del mismo a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

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

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

En el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 51.488,22 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR, redactado por la precitada Ley riojana 7/2011; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPAC'15, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPAC'15, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen jurídico del Sector público (LSP'16), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de

muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

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

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LSP'15 y 65,67,81, 91.2 LPAC'15) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario, para declarar tal responsabilidad, que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

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

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

Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo “*si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”.*

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

1. En opinión de la reclamante, en el presente caso concurren ambos criterios positivos de imputación de responsabilidad a la Administración pública sanitaria: el de la falta de información a la paciente y el de la mala praxis médico-asistencial.

2. En efecto, según el escrito de reclamación, se ha incumplido claramente el deber de información, al no ser informada la interesada de los riesgos de la intervención, ni de las alternativas menos invasivas para el tratamiento de su patología.

Por lo que se refiere a la denunciada falta de información, creemos que el relato fáctico del escrito de reclamación, en cuanto a la práctica de la infiltración, es intencionadamente incompleta. En efecto, del escrito, parece deducirse que el MAP propuso la infiltración en la primera visita de la interesada el 6 de septiembre de 2018, cuando lo cierto es que ya la había atendido el 28 de agosto anterior, por “*tener, desde hacía unos días atrás, dolor e inflamación en el 1º dedo de la mano izquierda que le impedía realizar las actividades de la vida diaria, sin antecedente de traumatismo”.*

Según el informe del MAP, la paciente presentaba los síntomas de rizartrrosis (artrosis interfalángicas) y tendinitis (dedo en gatillo) y aquél le propuso inicialmente un tratamiento en absoluto invasivo: reposo articular y de tendones mediante férula y tratamiento farmacológico con antiinflamatorios no esteroideos.

Sin embargo, al continuar el dolor y la inflamación, la paciente volvió a consulta el 5 de septiembre y el MAP le propuso la infiltración, informándole en qué consistía y las posibles complicaciones, aun cuando ella ya era consciente puesto que su anterior MAP le había realizado infiltraciones en dos ocasiones anteriores por *epicondilitis*, en junio de ese

mismo año. Además, la infiltración no se realizó ese mismo día, sino dos días después, por lo que la paciente tuvo más de 48 horas para pensar si consentir o no el tratamiento propuesto.

Resulta evidente, por tanto, que se ofrecieron sucesivamente dos distintas alternativas de tratamiento, de menos a más invasiva, y que la paciente conocía en qué consistía la técnica y sus posibles complicaciones.

3. Habremos de analizar, por tanto, la posible responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria a la luz del primero de los indicados parámetros, el de la *lex artis*.

Advirtamos, previamente, que el daño causado por la infiltración es el proceso infeccioso que evolucionó de forma atípica, toda vez que no mostró síntomas claros ni signos objetivos (incluida analítica), pese a lo cual, a partir del 12 de octubre, se pautó antibioterapia por parte del HSP, sólo en base a la sospecha de una posible infección (*tenosinovitis aguda*) que, posteriormente, fue confirmada por la ecografía realizada privadamente en la Clínica V.L.M. Y, previa la firma del oportuno documento de consentimiento informado, se le intervino el 19 de octubre, realizando evacuación quirúrgica del absceso mediante poleotomía A1, desbridamiento y lavado, siendo dada de alta el siguiente 5 de noviembre por mejoría. La infección quedó eliminada en el plazo de unas dos semanas.

El seguimiento y tratamiento posterior por los Servicios de Rehabilitación y Traumatología, que continúa con posterioridad a presentarse la reclamación, obedece a las patologías previas de la paciente: rizartrrosis y dedo en gatillo.

En cuanto a la concurrencia de la mala praxis en la práctica de la infiltración, recordemos que, en principio, es al reclamante a quien corresponde acreditarla. En el presente caso, la interesada no ha hecho el menor esfuerzo en intentar aportar prueba alguna, limitándose a argumentar la dificultad de prueba que toda negligencia médica lleva consigo, tanto por los problemas que plantea al particular el acceso a la documentación oportuna, como *“los casos en que los profesionales demandados, al amparo de los conocimientos médicos y de los propios Centros y Entidades para las que prestan sus servicios, dificultan notablemente el acceso a la prueba”*. Pretende, además, aplicar la *doctrina del daño desproporcionado* para, con inversión de la carga de la prueba, afirmar que deben: *“ser exclusivamente los profesionales intervinientes quienes expliquen, si es posible, el perjuicio que se me ha causado”*.

Frente a esa ausencia total de actividad probatoria, todos los informes y dictámenes coinciden en calificar de correctos los diagnósticos, intervenciones, tratamientos y atención prestados a la reclamante por los Servicios públicos sanitarios riojanos.

En el Antecedente Sexto del asunto, hemos transcrito, casi íntegramente, la *discusión científico-técnica* del informe de la Inspección médica, puesto que argumenta, extensa y documentadamente, frente a cada una de las alegaciones contenidas en el escrito de reclamación. Y, en concreto, respecto a la supuesta falta de medidas de asepsia (como causa de la infección), dice que la reclamante *“no fundamenta cuáles son los hechos y circunstancias en las que se basa para dicha aseveración, en tanto que el Dr. Z.S, en su escrito, concreta una serie de medidas: como que se hizo en colaboración con la Enfermera en la Consulta, que se siguieron los principios básicos de asepsia para este tipo de procedimientos, como uso de jeringas y agujas desechables, uso de guantes y gasas estériles, desinfección local de la zona a infiltrar con antisépticos apropiados. Por todo ello, es más creíble la versión de que se tomaron las medidas habituales en estos procedimientos para asegurar una asepsia suficiente, descartando la falta de medidas que la paciente denuncia, sin especificación concreta alguna”*.

El informe de la Inspección médica que venimos comentando admite que, en la atención prestada en el Servicio de Urgencias del HSP el 12 de octubre de 2019, quizá hubiera sido oportuno consultar con el Traumatólogo de guardia la situación de la paciente y la realización de pruebas complementarias más precisas, pese a lo cual considera que no hay vulneración de la *lex artis*, teniendo en cuenta que la finalidad que un Servicio de Urgencias no es conseguir un diagnóstico preciso sino descartar aquella patología que precise de urgente atención por comprometer seriamente la vida del paciente o bien la funcionalidad de sus órganos. Además, ese día se le pautó antibioterapia, sólo en base a la sospecha de la tenosinovitis aguda que posteriormente se confirmó. En todo caso, se afirma rotundamente, en el repetido informe, que: *“estos cinco días, que van del 12 al 17 de octubre en que la paciente ingresa con los diagnósticos de tenosinovitis aguda y probable absceso en la articulación metacarpo-falángica del primer dedo, no puede considerarse como una circunstancia que ensombrece la recuperación funcional de la articulación”*.

En general, nos remitimos a este informe y a los demás que obran en el expediente, frente a cuyo contenido, insistimos, no se ha aportado prueba alguna que permita afirmar que haya sido incorrecta la actuación de los profesionales intervinientes o que no se hayan respetado, por tanto, las exigencias derivadas de la *lex artis*. Por el contrario, de los mismos, resulta que la actividad sanitaria fue, en todo momento, correcta, utilizando los medios adecuados a lo largo de todo el proceso asistencial.

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación planteada al no haberse acreditado la concurrencia de criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria y haberse ajustado la actuación de sus profesionales a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero