

Expediente Núm. 306/2011
Dictamen Núm. 95/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 21 de marzo de 2012, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 19 de diciembre de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 6 de octubre de 2010, la reclamante presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por su hijo, menor de edad, a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en un hospital público.

Relata que el día 16 de septiembre de 2009 acudió con él al Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital, pues presentaba fiebre de “39º - 40º

de temperatura”, siéndole diagnosticado un proceso vírico y retornando a su domicilio.

Dado el “empeoramiento” que experimenta (“fiebre alta, vómitos y cojera, presentando además un dolor cada vez más intenso en la cadera”), regresan al día siguiente a Urgencias. Tras realizarle diversas pruebas (placa de cadera, analítica), “se baraja la posibilidad de una apendicitis encubierta”, decidiéndose el ingreso del paciente en observación.

En la mañana del 18 de septiembre los médicos informan a la madre de que no ven necesario hacer una ecografía, como ella había sugerido, y que “van a someterle a intervención quirúrgica para extraerle el apéndice, por prevención”, llevándose a cabo “una laparotomía con diagnóstico de `adenitis mesentérica´”, indicándole que “se trata de una inflamación de los ganglios” de origen vírico, sin “mayor importancia”. No obstante, tras la operación el paciente continúa con fiebre, dolores y malestar, por lo que se le realiza una ecografía, diagnosticándosele “una sinovitis de cadera derecha”. Pese a que se decide darle el alta (pues “le indicaron que” la patología “no tenía importancia por ser vírica y que desaparecería con el tiempo”), el día 24 de septiembre la madre “se percata” de que el niño tiene fiebre y rechaza llevarle “a casa”, exigiendo “que permanezca ingresado y le examinen con más rigor”. A su vez, asesorada por “un familiar médico”, señala a los doctores la necesidad de realizar un hemocultivo “para descartar” una infección de tipo bacteriano, lo que estos deciden, según su relato, “presionados” por su insistencia, resultando de las pruebas “la existencia de una bacteria en sangre llamada `estafilococo aureus´”. Durante los días siguientes persiste la sintomatología del enfermo, que es tratada con medicación y, “finalmente, el 29 de septiembre”, se le diagnostica “osteomielitis con 2 cm de pus alojada en el hueso ilíaco de la cadera”, instaurándose tratamiento “con clindamicina” e interviniéndose el día 2 de octubre. Con fecha 30 del mismo mes recibe el alta hospitalaria, si bien la convalecencia duró hasta el 1 de febrero de 2010 -cuando “se reincorpora a su actividad escolar”-, siendo alta definitiva el 30 de agosto de 2010.

Considera que “existió un mal funcionamiento en la asistencia sanitaria prestada, al no haber acordado realizar las pruebas tendentes a determinar el origen de las dolencias que refería el menor”, lo que ha supuesto “demora en el diagnóstico”. En cuanto al daño causado, señala que “inherente a las posibles, aunque leves, secuelas y limitaciones es el sufrimiento físico y moral del niño y de sus progenitores, cuya reparación debe quedar comprendida en la indemnización que se reconozca”, además de haber sido “sometido indebidamente a una intervención quirúrgica innecesaria” -la apendicitis-.

Evalúa la cuantía indemnizatoria en treinta mil euros (30.000 €) y solicita como medio de prueba la incorporación del historial médico del perjudicado.

Por último, confiere la representación en el procedimiento a un letrado que aparece como firmante del escrito junto a la interesada.

2. Con fecha 15 de octubre de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el parte de reclamación (seguro de responsabilidad sanitaria) y la historia clínica del perjudicado.

3. El día 28 de octubre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa, concediéndole un plazo de diez días para acreditar su representación.

Con fecha 29 de octubre, se reitera a la reclamante la comunicación anterior y se le conceden diez días para acreditar, además, su parentesco con el perjudicado.

El día 3 de noviembre de 2010, la interesada comparece personalmente en las dependencias del Servicio instructor, declara conferir la representación al letrado y aporta una copia del Libro de Familia.

4. Con aquella misma fecha, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia de Atención Especializada correspondiente un informe de los Servicios que prestaron la asistencia.

5. El día 9 de noviembre de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor el informe del Servicio de Cirugía Pediátrica.

Con fecha 30 del mismo mes, el referido Jefe de Servicio le traslada el informe del Director del Área de Gestión Clínica de Pediatría (competente en materia de Urgencias Pediátricas).

Tras reiterar la petición, el 14 de marzo de 2011 se le envía el informe del Servicio de Traumatología.

6. Mediante escrito de 29 de marzo de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones remite a la Inspectora de Prestaciones Sanitarias diversa documentación de la historia clínica solicitada por esta.

7. Con fecha 6 de abril de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él asume el contenido de los informes emitidos por los Servicios afectados y concluye "que la actuación de los profesionales se ajustó a la *lex artis* al realizar las pruebas tendentes a determinar el origen de las dolencias que refería el menor, no quedando acreditado que existiese una demora en el diagnóstico ni que fuese sometido a una intervención quirúrgica innecesaria".

8. Mediante escritos de 11 de abril de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de

evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

9. El día 21 de julio de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancias de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas, dos de ellos en Traumatología y Ortopedia y uno en Traumatología y Cirugía Ortopédica. En él, tras efectuar diversas consideraciones médicas, concluyen que “la confusión diagnóstica está justificada (...). Una ecografía abdominal negativa, con una clínica muy sugerente de apendicitis, como en este caso, probablemente no hubiera evitado la intervención primera (...). Existen artículos en la literatura médica consultada donde se hace referencia a la posibilidad de confundir ambos diagnósticos (se enumeran en el apartado de bibliografía)”.

10. Mediante escrito notificado a la reclamante el día 22 de septiembre de 2011, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta la comparecencia en las dependencias administrativas, el día 27 de septiembre de 2011, de una letrada autorizada por el representante, quien examina el expediente y obtiene una copia del mismo.

11. Con fecha 10 de octubre de 2011, el representante de la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos de su reclamación inicial y manifiesta su voluntad de “aclarar que el objeto principal de la reclamación no radica exclusivamente en la práctica de una intervención quirúrgica sobre la base de un diagnóstico equivocado o al menos incierto, como era el de apendicitis, sino además y principalmente el proceso que se inició a continuación de dicha innecesaria intervención”, pues aduce que “tras la operación de apendicitis, y una vez descartada dicha patología, a pesar de

persistir la sintomatología, no se adoptaron los medios necesarios y al alcance de la Administración sanitaria para determinar con certeza la patología padecida (por) el menor”.

12. El día 11 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

13. Con fecha 27 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “la sintomatología que presentaba el paciente orientaba hacia un diagnóstico de apendicitis aguda (diagnóstico fundamentalmente clínico) (...). El tratamiento antibiótico instaurado con antibióticos de amplio espectro es el que se utilizaría en los casos de osteomielitis que fue posteriormente tratada al constatarse una evolución clínica insatisfactoria”, y para cuyo diagnóstico “se pusieron en marcha los procedimientos” necesarios, “evolucionando a la curación del proceso, del cual fue dado de alta el paciente sin secuelas”. Precisa también que “queda reflejado en la historia del paciente, en más de una ocasión, que su madre fue informada de la situación” y firmó los consentimientos informados necesarios. Concluye que la asistencia prestada “fue correcta y ajustada a la lex artis”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de diciembre de 2011, registrado de entrada el día 29 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el menor perjudicado activamente legitimado para reclamar, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación. Habiendo sufrido el daño una persona menor de edad, está facultada para actuar en su representación la reclamante, madre del mismo (a tenor de la fotocopia del Libro de Familia que obra en el expediente), según lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos. Asimismo, la madre está activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial en nombre propio, por cuanto su esfera jurídica también se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo, a su vez, actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, de conformidad con lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, según informa el Servicio de Traumatología, el paciente recibió el alta en el mismo día 30 de agosto de 2010, por lo que, presentada la reclamación el día 6 de octubre de 2010, es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en el Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la

resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- La reclamante solicita una indemnización por los daños sufridos por su hijo, menor de edad, a causa del retraso en el diagnóstico de la osteomielitis que padecía, y que fue precedido por la sospecha de apendicitis, lo que motivó la extirpación del apéndice.

Sin embargo, lo cierto es que no acredita la existencia de las “posibles, aunque leves, secuelas” que dice tiene el menor. De la literalidad de su propia afirmación resulta que la existencia de secuelas es una mera posibilidad, por lo que este daño no cumple el requisito de efectividad que ha de concurrir necesariamente en él para resultar indemnizable, sin que consten tampoco las mismas en la historia clínica. A su vez, y pese a aludir a una “demora” en el diagnóstico de “casi 14 días”, la perjudicada no indica la incidencia en la curación que el retraso en la detección de la osteomielitis ha supuesto, ni prueba que haya generado daños morales al menor y a sus progenitores. A la vista de la documentación obrante en el expediente, sí resulta acreditado que el paciente fue sometido a una intervención de apendicitis durante la estancia hospitalaria en la que, posteriormente, le fue diagnosticada osteomielitis, por lo que, de ser esta intervención “innecesaria”, como alega la reclamante, cabe presumir que le ha provocado un perjuicio.

Ahora bien, la mera existencia de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica 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 este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por 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 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 el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, 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.

La reclamante precisa en sus alegaciones, en cuanto a la intervención de apendicitis, que su práctica no constituye el "objeto principal" de la reclamación. No obstante, tal y como hemos establecido, el error de diagnóstico que condujo a la extirpación del apéndice resulta el único susceptible de provocar un daño acreditado y relacionado con el funcionamiento del servicio público sanitario.

Al respecto, el Servicio de Cirugía Pediátrica informa prolijamente acerca de la actuación seguida, basada en "las guías de actuación en las urgencias pediátricas a nivel de todo el territorio nacional". Valora de forma detallada la aplicación al caso de una sintomatología en la que estaban presentes "dolor abdominal, inguinal y en cadera derecha (...), fiebre hasta 40º C y anorexia de 2 días de evolución" en un paciente cuya edad se encuentra en el grupo de

incidencia predominante de la patología (un tercio de los casos “de apendicitis aguda son menores de 18 años, siendo el pico de máxima incidencia sobre los 11 años”). Además, se produjo la reevaluación del enfermo “por el mismo cirujano a primera hora de la mañana” y tras unas horas de observación; opción que, según la bibliografía citada, resulta “el medio más sensible y más seguro de diagnóstico en caso de apendicitis aguda”.

Por otra parte, el informe del Servicio también advierte de dos cuestiones sustanciales. En primer lugar, que “el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico no se fundamenta en la realización de ecografía”, prueba a la que la reclamante alude en su escrito inicial; en todo caso, al ser “el diámetro apendicular” de 8 mm se estima “engrosado”, “por encima del límite superior del tamaño normal del apéndice”, y, sobre todo, “ecográficamente, un apéndice cuyo diámetro sea superior a 6 mm se considera sugerente de apendicitis aguda”, por lo que, en definitiva, “si en este paciente se hubiera realizado dicha prueba muy probablemente el diagnóstico fuera de patología apendicular inflamatoria”. La segunda cuestión, que el informe califica de “fundamental”, es que la “actitud quirúrgica queda refrendada” a la vista del informe anatomopatológico de la pieza, cuyo diagnóstico fue de “apéndice cecal con congestión serosa y prominente dotación linfoide”, lo que excluye “un apéndice normal” y es un signo de “apendicitis aguda no complicada” en su fase inicial. Tanto el informe técnico de evaluación como el emitido a instancias de la compañía aseguradora corroboran los argumentos expuestos por el Servicio de Cirugía Pediátrica.

Por otra parte, y si bien hemos dejado sentado que la interesada no acredita la existencia de daños derivados de la demora diagnóstica que dice ha existido (daños físicos para el paciente y morales para él y sus progenitores), la documentación incorporada al expediente nos permite desestimar también tal imputación, centrada en el retraso en la realización de las pruebas necesarias para efectuar el diagnóstico (hemocultivo y resonancia magnética). De forma general, afirma que “tras la operación de apendicitis, y una vez descartada

dicha patología, a pesar de persistir la sintomatología, no se adoptaron los medios necesarios y al alcance de la Administración sanitaria para determinar con certeza la patología padecida (por) el menor”.

Sin embargo, la historia clínica y el contenido de los informes que obran en el expediente (el del Servicio de Traumatología, el informe técnico de evaluación y el elaborado por tres especialistas) permiten descartar tal aseveración. En primer lugar, consta que dos días después de la intervención de apéndice, el 20 de septiembre de 2009, el Servicio de Cirugía Pediátrica solicita al de Traumatología una consulta por los síntomas de dolor inguinal y en cara interna del muslo derecho, “siendo evaluado el mismo día”, realizándose “radiografía de la pelvis y ecografía de las caderas” con carácter urgente, cuyos resultados (por objetivarse “aumento de las partes blandas periarticulares y reacción sinovial”) eran compatibles con “sinovitis de cadera derecha” -diagnóstico que la reclamante no cuestiona-. La decisión de alta el día 24 de septiembre de 2009 venía motivada por la “mejoría clínica” experimentada por el paciente (en el informe de alta se constata “abdomen blando y depresible y la herida quirúrgica presenta buen aspecto”). Como refleja el informe emitido por los especialistas, para el periodo de tiempo comprendido entre la operación y aquella fecha, “en las observaciones de enfermería se registran cifras de temperatura que oscilan de los 35,9º a los 37,1º, salvo un pico febril de 37,9º registrado a las 21:30 h del día 22-9-2009, bajando la temperatura a 37º a las 22 h de ese mismo día”; fiebre que en la fecha prevista para el alta no existía a las 7:00 h (el registro era de 36º), sino que se detecta tras avisar su madre (que advierte una subida de temperatura cuando se disponen a abandonar el hospital), constatándose 38º de temperatura. La aparición de la fiebre motiva, según figura anotado en las observaciones de enfermería, la decisión de Traumatología de que “de momento se quede ingresado”, no existiendo entonces “queja”, pues el “dolor intenso” aparecería dos horas y media después, iniciándose un empeoramiento con “aún más clínica, con dolor a la palpación (en) flanco derecho, región

inguinal y muslo”, así como “en zona lumbar baja”. En la historia no se menciona, por tanto, que la intervención de la madre determinara la permanencia de la hospitalización, ni tampoco que la solicitud de analítica y la serología fueran hechas a petición suya; en cambio, sí se recoge que en ese momento “la familia refiere picaduras de garrapatas semanas antes”. De ello se desprende que en el momento en que se conoce este antecedente -unido a la persistencia y agravamiento del estado del paciente- se articulan nuevas pruebas encaminadas a detectar la patología subyacente, incluyendo consulta con “Infecciosas”, “radiografía de pelvis, columna lumbar, ecografía de caderas” (que se llevan a cabo un día después, el 25 de septiembre) y resonancia magnética, que se realiza (el 29 de septiembre) al día siguiente de obtenerse los resultados de Microbiología en los que se detectó la presencia de la bacteria “staphylococcus aureus” en la sangre, siendo el hemocultivo y las “pruebas de imagen pertinentes” concluyentes para el diagnóstico, según señalan la Inspectora de Prestaciones Sanitarias y los tres especialistas que elaboran el informe pericial (cabe observar al respecto que la reclamante en su escrito inicial únicamente hace referencia al hemocultivo como herramienta útil para la detección de la patología). De hecho, las otras pruebas realizadas el día 25 de septiembre objetivaron “un aumento del derrame articular, sin hallarse alteraciones de las estructuras óseas, siendo compatible con el diagnóstico de sinovitis de cadera” ya efectuado, lo que no impidió proseguir los estudios.

Por otra parte, la interesada sostiene en sus alegaciones que con anterioridad al alta fallida, prevista para el día 24 de septiembre, “ya existía un hemograma” en el que figuraban “parámetros leucocitarios” que proporcionaban “elementos de juicio suficientes para sospechar que nos encontrábamos ante una infección bacteriana y no vírica”. Sin embargo, como ocurre con el resto de imputaciones en que sustenta su reclamación, omite cualquier justificación o informe técnico que avale sus consideraciones. Por los datos que aporta, parece referirse al hemograma realizado el día 17 de septiembre (se efectuó otro al día siguiente). En relación con ellos, el informe

del Servicio de Cirugía Pediátrica señala que “la analítica continuaba mostrando una cifra de leucocitos normales, con importante predominio neutrofílico (81%), mayor respecto al control previo, reactantes de fase aguda elevados -proteína C reactiva y fibrinógeno- y coagulación con tasa de protrombina disminuida, característico de un proceso inflamatorio”, como era el “abdomen agudo quirúrgico” que se sospechaba.

Finalmente, debe tenerse en cuenta también la dificultad diagnóstica de la patología, circunstancia subrayada en el ya aludido informe pericial, pues “la localización de la infección ósea del caso analizado dificulta su diagnóstico debido a la infrecuencia de la misma y a la similitud de la sintomatología con otra enfermedad mucho más frecuente, como es la apendicitis” -aunque, como hemos señalado, no cabe excluir la existencia de la apendicitis objeto de sospecha inicial-.

En todo caso, destacan igualmente que “el tratamiento de la osteomielitis se inicia desde que empieza a tratarse la sospecha de apendicitis, ya que se instaura una pauta de antibióticos de amplio espectro, que también sirven para tratar la osteomielitis”. Este dato, unido a la falta de prueba del daño causado por la tampoco acreditada demora diagnóstica, lleva a la conclusión de que, aun en la hipótesis de que el diagnóstico se hubiera detectado en el momento del ingreso, ello no hubiera interferido en el desarrollo del proceso y en las posibilidades de curación del paciente, que se ha alcanzado satisfactoriamente. En este sentido, no puede dejar de mencionarse la afirmación de que “las infecciones oseoarticulares en los niños siguen siendo un problema grave”, al ser “la morbilidad aun hoy en día” elevada y dependiente “en gran medida” de un “diagnóstico precoz y actuaciones adecuadas”, lo que avala, vistos los resultados, la corrección de la actuación médica en este caso.

En definitiva, cabe concluir que en el presente supuesto no se aprecia violación de la *lex artis*, pues se realizaron las pruebas necesarias que el estado

del paciente fue demandando y se pautó el tratamiento correspondiente a las patologías que se detectaron.

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.