

Dictamen Núm. 171/2021

V O C A L E S :

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

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 9 de septiembre de 2021, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 28 de junio de 2021 -registrada de entrada el día 1 del mes siguiente-, 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 deficiente asistencia recibida.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de septiembre de 2020, la interesada presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria que le fue dispensada a su hijo menor de edad en el Centro de Salud

Expone que el día 22 de julio de 2019 acudió con su hijo, de 10 años, al Centro de Salud “tras pasar la noche anterior con fiebre”, precisando que en su historia clínica figuraba “comunicación interauricular e interventricular intervenidas al año de edad con buen resultado e insuficiencia aórtica leve”, y que el médico “le prescribe Apiretal 100 mg. Al día siguiente” vuelve porque su

hijo "continuaba con fiebre y dolor en las piernas y le prescriben Ibuprofeno 40 mg/ml 150 ml solución oral".

Indica que el día 25 "después de llamar por teléfono y hablar con la pediatra de guardia, a quien informó que pese a la medicación (su) hijo continúa con fiebre y con mucho dolor muscular, acude a la consulta de Urgencias, donde tras observar que le cuesta caminar y tiene dolor a la palpación muscular sobre todo en piernas le diagnostican probable miositis reactiva a viriasis con mala respuesta al tratamiento antiinflamatorio", derivándolo al Hospital "X", e "inician tratamiento antibiótico con Vancomicina de 10 mg/6 horas y Gentamicina 60 mg/24 horas tras el hemocultivo donde crece el *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente./ El día 26 de julio es trasladado al (Hospital `Y´) realizándose al día siguiente trombectomía transpoplitea y exploración de troncos distales con intención de revascularización del pie que resultó fallida".

Destaca que "no es hasta el día 30 cuando se le realiza un ecocardiograma transesofágico donde se describe una endocarditis por *Staphylococcus aureus* con vegetación a nivel de la región perimembranosa de SIV en relación a seno coronario derecho y absceso fistulizado a VD. Siendo trasladado al Hospital `Z´, donde (...) se decide intervenir de urgencia el día 1 de agosto de 2019, practicándole una exéresis de verruga endocardítica y su zona de implantación subaórtica + reparación de perforación valvular crónica". Señala que "a las veinticuatro horas de la intervención Traumatología Infantil lleva a cabo amputación infracondílea de MII, permaneciendo intubado 46 horas y en Cuidados Intensivos hasta su traslado" al Hospital "X" el día 22 de agosto.

Reseña que "se le da de alta el 16 de septiembre de 2019 pero continuó con la rehabilitación hasta febrero de 2020. Estuvo usando prótesis hasta el mes de mayo pasado", cuando "presentó una prominencia ósea dolorosa y aguda (...) y es intervenido quirúrgicamente el 17 de junio de 2020 en el Hospital "Z" para extirpar el hueso prominente y reducir en medio centímetro el muñón".

Manifiesta que “finalizadas las curas se le entrega nuevo encaje al resultar pequeño el que tenía el día 14 de agosto de 2020, estando en la actualidad en fase de adaptación protésica y pendiente de nueva valoración”.

Considera que en algún momento “del proceso asistencial ha existido negligencia o mala praxis”, pues “como consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria en el centro de salud tuvo que ser intervenido quirúrgicamente y se le amputó la pierna izquierda. Con los antecedentes cardiovasculares que tenía (...) dejaron transcurrir varios días sin hacer ninguna prueba, prescribiéndole Apiretal y antiinflamatorios. De haberse realizado las pruebas a tiempo no le habrían tenido que amputar la pierna”.

Concreta las secuelas en “amputación transtibial izquierda, muñón con morfología bulbosa distal y cicatriz transversa con limitación de últimos grados de extensión (-20 -15°). Asimismo (...), ha sufrido un importante daño moral derivado del prolongado periodo de rehabilitación y adaptación a la prótesis”, fijando el *quantum* indemnizatorio en cuatrocientos ochenta y tres mil seiscientos cincuenta y siete euros (483.657 €).

Acompaña una copia de diversa documentación clínica, de la solicitud de protección internacional formulada ante la Subdirección General de Protección Internacional del Ministerio de Interior y de los Números de Identidad de Extranjero de la interesada y del perjudicado, caducados en el momento de presentación de la reclamación.

2. Mediante escrito de 16 de octubre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. Previa petición formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el 9 de noviembre de 2020 el Gerente del Área Sanitaria V

le remite un CD que contiene una copia de la historia clínica del paciente y el informe emitido por la médica del centro de salud que le atendió inicialmente.

En el informe elaborado por la pediatra del Centro de Salud se recoge que el paciente "fue atendido en dos ocasiones durante proceso febril que derivó en una endocarditis bacteriana en julio de 2019", e indica como antecedentes de interés que "nace con una cardiopatía no cianógena (comunicación interventricular e interauricular), es intervenido al año de vida con buen resultado y había realizado la última revisión en Cardiología Pediátrica en el mes de junio de 2019", precisando que "no está incluido en los grupos de riesgo de profilaxis antibiótica".

Explica que la primera consulta se lleva a cabo el 23 de julio de 2019 por "fiebre de 24 horas de evolución", y que no presenta "signos de alarma. Recomiendo tratamiento sintomático con Ibuprofeno y explico los signos de alarma a vigilar". El día 25 de julio de 2019 se realiza una consulta telefónica porque "sigue con fiebre e inicia dolor muscular, sin otros síntomas, recomendando acudir a consulta". En la consulta presencial de ese día se constata "fiebre de 4 días de evolución, dolor muscular intenso que le impide caminar y no mejora con Ibuprofeno (...). Derivo a Urgencias de Pediatría para valoración como sospecha de miositis aguda (..). Ingresa ese mismo día en planta de hospitalización (...) tras valoración y analítica sanguínea en Urgencias de Pediatría. Durante las primeras 24 horas de ingreso van apareciendo nuevos signos en la exploración (lesiones purpúricas en extremidades inferiores) que orientan el diagnóstico hacia la endocarditis bacteriana, que finalmente se confirma el día 26-07-2019".

4. El día 10 de diciembre de 2020, la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una CD que incluye una copia de la historia clínica del paciente y el informe suscrito por el Jefe de la Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital "Y" con fecha 9 de diciembre de 2020.

En este último se refleja que el paciente "fue trasladado desde el Hospital "X" con el diagnóstico de endocarditis bacteriana (imagen

ecocardiográfica y aislamiento de bacteria en hemocultivo) para vigilancia estrecha en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Permaneció ingresado desde las 13:00 horas del 26 de julio hasta las 8:00 horas del 31 de julio, en que fue trasladado al Hospital "Z", de Madrid, para ser sometido a intervención quirúrgica por el Servicio de Cirugía Cardíaca Infantil, ya que no se dispone de este servicio en el Hospital "Y". Durante el ingreso en la UCI Pediátrica se realizaron las pruebas diagnósticas y los tratamientos" que especifica.

Indica que el día 27 de julio, "ante la presencia de pie izquierdo edematoso y doloroso a la palpación con lesiones equimóticas, se realiza angiogramografía computarizada urgente donde se observa: afectación tromboembólica de troncos tibioperoneos izquierdos. Ante estos hallazgos el Servicio de Cirugía Vascular realiza intervención quirúrgica". Al día siguiente "se aprecia que la intervención quirúrgica no ha podido revascularizar la zona, informando a la familia de la situación y de que va a ser necesaria la amputación de zona distal del miembro sin poder precisar en ese momento el nivel". El día 30 de julio se "detecta vegetación móvil en zona del seno coronario derecho con absceso a dicho nivel que fistuliza hacia ventrículo derecho. Ante la posible necesidad de intervención" se contacta con el Hospital "Z", aconsejándose el traslado a dicho centro, lo que se lleva a cabo el 31 de julio "a primera hora de la mañana en UVI móvil".

Concluye que en los cinco días que el paciente "permaneció ingresado en la UCI Pediátrica (...) se realizaron las pruebas encaminadas al diagnóstico de su enfermedad de forma rápida y se aplicaron los tratamientos indicados para tratar de controlar la endocarditis. Sin embargo, el paciente presenta dos complicaciones de suma gravedad (...): la presencia de un absceso en seno coronario derecho con fistulización a ventrículo derecho que se controló con los tratamientos aplicados hasta de intervención quirúrgica realizada en Hospital "Z" y "la afectación tromboembólica de troncos tibioperoneos que no se pudo controlar pese a realizar angiogramografía computarizada urgente para su diagnóstico y embolectomía urgente para su resolución".

5. Con fecha 24 de marzo de 2021, emiten informe pericial dos facultativos a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, uno de ellos especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo, ambos Máster en Peritaje Médico y Valoración de Daño Corporal. En él se afirma que “los profesionales del Centro de Atención Primaria, realizaron una atención adecuada a la *lex artis ad hoc*, sin existir, en ningún caso (...), pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica fruto de su actuación”.

Reseñan que el perjudicado “nació con una cardiopatía congénita no cianósante consistente en comunicación auricular y (...) ventricular que fue intervenida en su país de origen al año de vida con buen resultado”, y que según el informe cardiológico de junio de 2019 “podía hacer vida y deporte normal, y no precisaba profilaxis antibiótica de endocarditis infecciosa por no ser paciente de alto riesgo”. Indican que “el día 22-07-2019 comenzó con proceso febril sin foco asociado y buen estado general, sin síntomas asociados. Fue valorado ese día y al día siguiente en el Centro, no encontrándose ningún dato patológico en la exploración física ni (...) dato sospechoso de infección bacteriana grave./ A las 48 horas de la última consulta volvió a acudir al centro de salud porque persistía la fiebre y presentaba mucho dolor muscular, por lo que fue derivado a Urgencias” del Hospital “X”, “donde se diagnosticó sospecha de endocarditis infecciosa”.

Explican que “en este caso en concreto la prescripción inicial de un antibiótico genérico y habitual como las penicilinas y cefalosporinas hubiese sido igualmente ineficaz, puesto que el paciente presenta una infección por una bacteria resistente a los antibióticos habitualmente prescritos de forma empírica (*Staphylococcus aureus* resistente a metilina, SARM). Por este motivo tampoco se puede hablar, en ningún caso, de una pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica por la ausencia de prescripción de un antibiótico desde el inicio de los síntomas”, y señalan que “como consecuencia de la endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus* resistente a metilina precisó una amputación infracondílea de la pierna izquierda, debido a una complicación tromboembólica de la EI”.

Concluyen que “la actuación de las doctoras que atendieron” al paciente en el centro de salud “fue acorde a los protocolos y a la *lex artis ad hoc*”, y que “la amputación infracondílea fue, por tanto, una complicación de la endocarditis infecciosa producida por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y no debida a un retraso en el diagnóstico y tratamiento fruto de la actuación de las doctoras del centro de salud”.

6. Mediante oficio de 14 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

7. El día 11 de junio de 2021, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su reclamación y afirma que el informe pericial de la compañía aseguradora hace una valoración que no se ajusta a la realidad. Señala que el informe de alta del Hospital “X” “describe cómo mi hijo el 21 de julio de 2019 comienza con fiebre, mialgias y dolor en dorso de pierna izquierda./ El informe de (...) Cardiología Infantil, donde fue controlado desde el año 2018, no solo hace referencia a la ‘ligera insuficiencia aórtica’ (...), sino que también refiere que ‘presentaba CIV perimembranosa residual (pequeño flujo residual en región perimembranosa de tabique)./ El informe emitido por la doctora (...) del Centro de Salud omite la consulta del día 22 de julio de 2019./ En la información recogida en Atención Primaria aparece el día 22 de julio endocarditis bacteriana”.

Concluye que “con la dolencia cardíaca que padecía mi hijo habría sido necesario hacer una analítica desde el primer momento de consulta y no dejar transcurrir 4 días (...). De lo expuesto se desprende que en un momento del proceso asistencial ha existido negligencia o mala praxis. Como consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria en el centro de salud mi hijo tuvo que ser intervenido quirúrgicamente y se le amputó la pierna izquierda”.

Aporta documentación clínica referida al ingreso hospitalario entre los días 14 y 17 de octubre de 2020 por “problemas herida quirúrgica muñón

amputación fémur izquierdo”, practicándose “regularización de muñón de amputación y cierre de herida quirúrgica” el día 15 de octubre, y al relativo a la cirugía programada el 10 de mayo de 2021 para abordar el estado del muñón.

8. Con fecha 16 de junio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. No existió retraso en el diagnóstico. Entre la aparición de los primeros síntomas inespecíficos y el diagnóstico de certeza (ecografía cardíaca) solo transcurrieron tres días y ya se había instaurado antes el tratamiento antibiótico de forma empírica. Al día siguiente de su ingreso en el (Hospital ‘Y’) y, tras realizarse ecocardiografía urgente, ya se contacta con el Hospital ‘Z’ para valorar tratamiento quirúrgico. El mismo día en que aparecieron los trastornos vasculares en MMII fue anticoagulado y fue intervenido quirúrgicamente, sin obtener el resultado deseado. Las complicaciones que aparecieron (afectación tromboembólica y absceso) son complicaciones de la grave patología que presentaba, no de una inadecuada praxis médica. La amputación fue una complicación de la endocarditis infecciosa producida por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de junio de 2021, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Habiendo sufrido el daño un menor de edad, estaría facultada para actuar en su representación la madre, según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos.

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

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

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 23 de septiembre de 2020, y encuentra su origen en el proceso asistencial que se inicia el 22 de julio de 2019 y que lleva a la amputación del miembro inferior del paciente el 2 de agosto de 2019, siendo dado de alta el día 16 de septiembre de ese año y sometido a tratamiento rehabilitador hasta febrero de

2020, precisando reintervención del muñón en octubre de 2020 y en mayo de 2021, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año 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.

Sin embargo, debemos poner de manifiesto que no se acredita en el presente procedimiento la representación legal en virtud de la cual actúa la reclamante. Si bien es cierto que en los documentos presentados figura que reclamante y perjudicado comparten apellido y domicilio, la identificación de ambos se lleva a cabo mediante una copia del documento en el que consta el Número de Identidad de Extranjero -caducado, además, en el momento de su presentación- en el que no consta el vínculo que les une. Teniendo en cuenta que la Administración no discute ni la realidad del vínculo familiar ni que la reclamante ostente la patria potestad sobre el menor, en aplicación del principio de eficacia procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir que, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que la interesada verifique que ostenta dicha representación.

Asimismo, se observa que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar 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 una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por un menor de diez años que no habría sido debidamente atendido cuando acude con su madre a un centro de salud con fiebre, dado que sus antecedentes de problemas cardíacos deberían haber llevado a la práctica de pruebas que, de haberse realizado, podrían haber evitado el desenlace, consistente en la amputación de una parte de la pierna izquierda.

Acreditada la amputación transtibial izquierda sufrida por el paciente, cabe apreciar la existencia del daño cuya indemnización se reclama.

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 sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo 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. 123/2021), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles.

El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por 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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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 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 su estado previo o la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, recae sobre la interesada 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 pretende.

En el supuesto sometido a nuestra consideración la reclamante reprocha la actuación de los servicios sanitarios en el curso de la primera asistencia dispensada a su hijo, quien padece una dolencia cardíaca que -a su entender- requería "hacer una analítica desde el primer momento de consulta y no dejar transcurrir 4 días" cuando acude a su centro de Atención Primaria por fiebre, considerando que ello es revelador de mala praxis, y sostiene que como "consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria en el centro de salud (su hijo tuvo que ser intervenido quirúrgicamente y se le amputó la pierna izquierda"; interpretación de los hechos que no sustenta en informe pericial alguno, por lo que habrá de atenderse a lo acreditado con la documentación clínica obrante en el expediente.

Por tanto, del largo proceso asistencial debe analizarse ahora la atención sanitaria prestada en un primer momento, cuando el niño acude al centro de salud por fiebre, y si por falta de certeza en el diagnóstico u omisión de pruebas se desencadenó la lamentable evolución que llevó a la amputación de una parte de su pierna izquierda, evitable de haberse procedido de otro modo.

El paciente, de diez años en julio de 2019, llevaba un día con fiebre cuando fue trasladado al Centro de Salud el día 22 de dicho mes. Según consta en el expediente, nació con una "cardiopatía congénita no cianósica consistente en comunicación auricular y (...) ventricular" que fue intervenida al año de vida "con buen resultado". La última revisión cardiológica se había practicado un mes antes, lo que refleja que estaba siendo sometido a revisiones periódicas y a un adecuado control. En el informe del Servicio de Pediatría del Hospital "X" de 4 de junio de 2019 se recoge como motivo de la consulta "revisión de insuficiencia aórtica leve en niño intervenido de comunicación interauricular e interventricular", y en el apartado relativo a "historia actual" consta que se trata de un niño que "acude a revisión cardiológica por cardiopatía intervenida en su país de origen", precisándose que "fue valorado en nuestra consulta detectándose una insuficiencia aórtica leve -no se objetiva insuficiencia mitral (...)-. No refiere clínica cardiológica. No tratamiento específico. Buen desarrollo ponderoestatural. Practica deporte (atletismo y natación) sin fatiga". Se le cita para consulta al año sin quedar sometido a tratamiento farmacológico ni de otra índole, recomendándosele "régimen de vida normal. Puede practicar deporte con normalidad", constando así -como se refleja en un posterior informe- que "no precisaba profilaxis antibiótica de endocarditis infecciosa por no ser paciente de alto riesgo".

En el momento de acudir a consulta el día 22 de julio de 2019 no presentaba otros síntomas que acompañasen la fiebre, y se le prescribe Apiretal. El día 23 acude de nuevo a consulta por la persistencia de la fiebre y se le recomienda la toma de Ibuprofeno, anotándose en los datos del curso descriptivo del centro de salud que "explico signos de alarma a vigilar". El día 25 dicha doctora atiende a la madre por teléfono y es cuando se recoge en el historial la aparición de dolor muscular, aunque señala "sin signos de alarma", recomendando "acudir a consulta con él si precisa", lo que ocurre ese mismo día, comprobándose que "le cuesta caminar" y "dolor a la palpación muscular, sobre todo en piernas". Estos síntomas no son obviados o ignorados por la facultativa, que los reconoce y anota "probable miositis reactiva a viriasis con mala respuesta a (tratamiento) antiinflamatorio", derivando de forma inmediata

al paciente al Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital "X", donde queda ingresado, practicándosele una serie de pruebas. A partir del ingreso hospitalario se deja constancia en el expediente de la aparición de nuevos síntomas durante la estancia (lesiones purpúricas en extremidades inferiores) que orientan el diagnóstico hacia la endocarditis bacteriana, cuya sospecha lleva a la solicitud de hemocultivos, control analítico y consulta a Cardiología Infantil. El día 26 de julio de 2019 el Servicio de Microbiología confirma que en el hemocultivo extraído el día antes "crece *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente", iniciándose tratamiento antibiótico con Vancomicina y Gentamicina y optándose por el traslado al Hospital "Y".

En este centro se le realiza angiotomografía computarizada urgente el día 27 de julio, comprobándose al día siguiente que "la intervención quirúrgica no ha podido revascularizar la zona, informando a la familia de la situación y de que va a ser necesaria la amputación de zona distal del miembro", trasladando al paciente el día 31 de julio al Hospital "Z" ante las complicaciones que presentaba.

De la documentación obrante en el expediente -y frente a la interpretación que hace la reclamante, que afirma que se produce un retraso en la práctica de pruebas diagnósticas determinante del resultado- puede deducirse que el paciente fue objeto de exploración y sometido a pruebas acordes a los síntomas que en cada momento presentaba, sin que quepa exigir o demandar de la sanidad pública, por la presencia de una cardiopatía para la que no precisaba tratamiento ni lo colocaba en un grupo de riesgo, la realización de pruebas innecesarias que pudiesen llevar a detectar dolencias que inicialmente no mostraban síntomas. Con relación a la demanda asistencial proporcionada a cada nivel de atención sanitaria, hemos apuntado en el Dictamen Núm. 137/2020 que "lo exigible al servicio, tanto en atención primaria como en urgencias, es una atención adecuada a los síntomas por los que la paciente acude, ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor

sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud”. En este supuesto no nos enfrentamos a la falta de respuesta ante una sintomatología persistente y grave que reclama pruebas complementarias en los pacientes que acuden con recurrencia (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 30 de abril de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1248-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), sino ante una afección de difícil diagnóstico cuya sintomatología más relevante -dolor muscular y dificultad al andar- no se evidencia hasta pasados unos días desde la persistencia de febrícula. Cuando el paciente acude por segunda vez -al día siguiente- al centro de salud no se aprecia una sintomatología que justifique la práctica de pruebas distintas a las ya realizadas, pues no parece razonable que ante una fiebre sin otros signos de alarma se deban llevar a cabo estudios más específicos y exhaustivos para indagar y explorar el diagnóstico, propios de los servicios especializados hospitalarios. En el supuesto examinado queda acreditado además que la miositis aguda es rápidamente detectada por la médica del centro de salud una vez que aparece el dolor muscular que acompañaba a la fiebre, derivando al menor al Servicio de Urgencias Pediátricas, y que la prescripción inicial de un antibiótico genérico hubiese sido ineficaz dado que el paciente presentaba una infección por una bacteria resistente a los antibióticos habitualmente prescritos.

En suma, en el caso que analizamos no se objetiva una infracción de la *lex artis* en el proceso asistencial, constando una actuación acorde a los protocolos aplicables y a la sintomatología manifestada en cada momento, sin que pueda entenderse acreditada una pérdida de oportunidad terapéutica, lo que necesariamente debe llevar a la desestimación de la reclamación, constando que la amputación infracondílea que hubo de llevarse a cabo fue una complicación de la endocarditis infecciosa producida por una bacteria resistente a la metilina.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.