

Dictamen Núm. 219/2025

V O C A L E S :

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

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de noviembre de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 11 de agosto de 2025 -registrada de entrada el día 14 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, atribuido a un error diagnóstico.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 20 de agosto de 2024, la interesada presenta en el registro del Ayuntamiento de Langreo una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud del Principado de Asturias, por los daños derivados del fallecimiento de su hijo menor de edad.

En síntesis, expone que acudió “3 veces” al “pediatra” y a “Urgencias”, la “última vez” el día “19 de agosto” de 2023, pues su hijo sufría malestar consistente en dolor en un costado y dificultad respiratoria, situación ante la que requirió que se administrase “oxígeno” y que se realizaran “placas”, si bien

solo se efectuó una “analítica de sangre”. Prosigue indicando que, tras la última asistencia, regresó a su domicilio, donde el menor sufrió un “paro cardíaco”, siendo trasladado por sus propios medios a un hospital -en el que se logró su reanimación- y desde este a otro centro hospitalario, en el que, finalmente, falleció.

Junto a la reclamación se adjunta un escrito firmado por la misma interesada, junto al padre del menor, en el que precisan “que actúan en su propio nombre y, además, en beneficio de los intereses de sus dos hijas menores”, manifestando expresamente que, en virtud del mismo, formulan “reclamación de responsabilidad patrimonial”.

En él, precisan que el fallecimiento del menor, de ocho años de edad, tuvo lugar el día 21 de agosto de 2023 en el Hospital “X”, y explican que “tuvo lugar, tras haber sido atendido en su centro de salud y en el Servicio de Urgencias del Hospital ‘Y’ en los días previos, habiendo sido dado de alta con diagnósticos que, a la vista de lo ocurrido, fueron erróneos no habiéndose adoptado” por el Servicio de Salud del Principado de Asturias “las medidas adecuadas para evitar el fatal desenlace”. Tras señalar que poseen “numerosísimas (...) razones (...) para pensar que la muerte de su hijo fue el resultado de una negligencia médica” y que “todas ellas (...) se pondrán de manifiesto a lo largo del presente procedimiento”, solicitan una indemnización por la cantidad total de doscientos catorce mil doscientos cuarenta y seis euros con diez céntimos (214.246,10 €), con arreglo al desglose que expresan, que comprende las cantidades correspondientes a cada uno de los progenitores y a cada una de las dos hermanas del fallecido.

Solicitan la práctica de prueba consistente en “documental” -con unión al procedimiento de “los informes referidos a las atenciones prestadas al menor desde el día 17 de agosto de 2023” y hasta “su fallecimiento el 21 de agosto de 2023”- y la “testifical-pericial” de “los facultativos que intervinieron en la atención prestada al menor” y que identifican.

Adjuntan dos informes de alta hospitalaria, uno de ellos por el Hospital “Y”, de 19 de agosto de 2023, en el que se consigna como “motivo” de consulta: “Otros./ Disnea en niños”, mientras que en el emitido por el Hospital

“X” por *exitus* figura como motivo de ingreso el de “parada cardiorrespiratoria recuperada”.

2. El día 12 de agosto de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo de la Consejería de Salud, suscribe una comunicación dirigida a la reclamante, en la que se informa de la fecha de entrada de su solicitud en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, donde se tramitará, con indicación de la normativa con arreglo a la cual se resolverá, la designación de la instructora del procedimiento y las normas de recusación, así como el plazo para resolver la solicitud y el sentido de un eventual silencio.

3. Con fecha 22 de octubre de 2024, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente en Atención Especializada, así como el informe emitido por el Servicio de Pediatría, suscrito por el Jefe de la Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica del Hospital “X”.

Fechado el día 31 del mismo mes, el Secretario de la Gerencia del Área Sanitaria VIII remite historia clínica en Atención Primaria del menor fallecido, así como informe emitido por la pediatra que le atendió en el Servicio de Urgencias hospitalarias del Hospital “Y” en la noche del 18 de agosto de 2023.

El día 13 de noviembre, se remite desde la Gerencia del Área Sanitaria VIII documentación adicional, comprensiva tanto de informes hospitalarios como de procedentes de Atención Primaria. Entre ellos, se incluye un informe de Atención Clínica emitido por una médico del Centro de Salud

4. A continuación, obra incorporado al expediente un dictamen médico pericial emitido el día 3 de mayo de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por una especialista en Pediatría.

En él, tras formular diversas consideraciones médicas sobre las “infecciones invasoras por *Streptococcus pyogenes* en niños”, la “neumonía en niños” y las “complicaciones respiratorias de la obesidad”, se concluye, puntualmente, la corrección de la asistencia sanitaria prestada en cada una de

las ocasiones en las que el menor requirió la intervención del servicio público sanitario, durante determinadas fechas del mes de agosto de 2023, planteando diversas hipótesis -dado el rechazo de los padres a la realización de una necropsia- en cuanto a la causa del óbito.

5. Mediante oficio notificado a la interesada el día 2 de junio de 2025, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia del expediente.

El plazo transcurre sin que conste la presentación de alegaciones.

6. Con fecha 31 de julio de 2025, la Instructora del procedimiento emite propuesta de resolución en sentido desestimatorio, concluyendo, con base en los informes emitidos con ocasión del procedimiento -cuya argumentación, subraya, carece de "pericial de parte que la contradiga"-, la adecuación a la *lex artis ad hoc* de la asistencia sanitaria prestada y cuestionada por los reclamantes.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 11 de agosto de 2025, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k) de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo,

aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a) y 40.1, letra a) de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), estarían los interesados, en razón del parentesco que invocan, activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar los padres en representación de sus hijas menores de edad reclamantes, según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos.

No obstante, debemos llamar la atención acerca de la falta de acreditación, tanto del vínculo familiar que unía a los reclamantes con el fallecido -padres y hermanas, respectivamente- como de estos entre sí -en relación con el ejercicio de la representación legal respecto de las hijas menores de edad-, sin que tampoco la Administración les haya requerido al efecto ni cuestionado, en ningún momento del procedimiento, su condición de interesados.

En consecuencia, y en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJSP, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de 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 esta -por el procedimiento legal oportuno- verifique dicha legitimación.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como 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 expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 20 de agosto de 2024 y, habiéndose producido la defunción del menor -hecho por el que se reclama- el día 21 de agosto de 2023, hemos de concluir que la acción se ha ejercido 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.

No obstante, la Instructora guarda silencio acerca de la procedencia de la prueba documental y testifical solicitada, omisión de la que cabe deducir su consideración como innecesaria, dada la documentación incorporada al expediente. Pero, ya que el artículo 77.3 de la LPAC establece que el instructor del procedimiento “podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada”, es preciso que, en la resolución que se dicte, se expliciten las razones que justifican el rechazo de la prueba propuesta. Observación que tiene la consideración de esencial, a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

Por último, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado el plazo de seis meses

para adoptar y notificar la resolución expresa. 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 LPAC.

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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de su hijo y hermano, menor de edad.

Resulta acreditado, a la luz de la documentación incorporada al expediente, que el niño fue atendido en varias ocasiones durante el mes de agosto de 2023, tanto en su centro de salud como en el Hospital “Y”, sufriendo una parada respiratoria en su domicilio, tras la cual fue derivado al Hospital “X”, en el que finalmente falleció el día 21 de ese mes. Y, si bien, como hemos señalado, los reclamantes no han acreditado la relación de parentesco con el fallecido, la documentación obrante en el expediente ofrece indicios suficientes al respecto, siendo incuestionable presumir que han sufrido un daño moral a consecuencia del óbito.

Ahora bien, 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, automáticamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si, el mismo, se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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, directamente, 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 poder apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no 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 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se

emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

Debe tenerse, asimismo presente que, a la luz del resultado o de la evolución de la sintomatología, puede hacerse una lectura diferente sobre el diagnóstico alcanzado en primer término, sin que ello deba influir en la valoración de una supuesta mala praxis si aquel resultaba adecuado en consideración a los síntomas dados al emitirse, resultando razonable.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019), 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. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

En el procedimiento examinado, los reclamantes afirman que la deficiente asistencia proporcionada a su familiar, primero en el centro de salud y después en el Servicio de Urgencias hospitalarias determinó que, horas después del alta, el menor sufriera una parada cardíaca en su domicilio que provocó su fallecimiento al día siguiente, pese a haber sido inicialmente reanimado.

Si bien en su escrito inicial señalan que existen “numerosísimas razones” que expondrán con ocasión del procedimiento, y aluden a “diagnósticos que, a la vista de lo ocurrido, fueron erróneos”, lo cierto es que los reproches concretos radican, según el escrito manuscrito firmado por la madre, en la omisión de la administración de oxígeno y en la falta de la realización de una radiografía en la asistencia prestada en la noche de 18 de agosto de 2023. A su juicio, dicha prueba, unida a la sintomatología que presentaba el menor (dolor en un costado) habrían permitido detectar la neumonía que, afirma, sufría e indicado su ingreso hospitalario, evitando el empeoramiento que culminó con la defunción. Conviene precisar, por tanto, que su imputación se centra en la

atención desarrollada antes del sufrimiento, por parte del menor, de la parada cardiorrespiratoria padecida en su domicilio en la madrugada del día 19 de agosto de 2023.

La falta de aportación de pericial de parte alguna obliga, en todo caso, a acometer el análisis de la cuestión sometida a nuestra consideración a partir del material probatorio incorporado al expediente por parte de la Administración, que expondremos siguiendo el orden cronológico de la atención desplegada.

En primer lugar, la facultativa de Atención Primaria del centro de salud que atendió al paciente relata, en informe emitido el día 11 de septiembre de 2024, que, “tal como consta en su historia clínica (...) el pasado 17-08-2023 realizó consulta telefónica en la cual la madre cuenta inicio de fiebre en contexto catarral, tras valoración horas antes en Servicio de Urgencias de (Atención Primaria) por facultativo de guardia, en la cual no constan signos de alarma. Se ofrece valoración presencial para ese mismo día que prefieren posponer ya que el niño se encuentra dormido y tranquilo, y han tratado la fiebre. Al día siguiente acuden para valoración presencial en la cual se objetivan hallazgos compatibles con cuadro catarral de vías altas posiblemente sobreinfectado, lo cual queda reflejado en la historia clínica del paciente, y pauto tratamiento para el mismo”.

En segundo lugar, la pediatra que atendió al niño la segunda vez que acude al Servicio de Urgencias del Hospital “Y” emite un informe, con fecha 31 de octubre de 2024, que presenta especial relevancia, dado el contenido de la imputación, centrada, como hemos apreciado, en la asistencia prestada en la noche del día 18 de agosto de 2023. En el mismo, se indica que la asistencia se inicia a las 22:08 horas, siguiéndose “el protocolo habitual del Servicio de Urgencias”, que incluye valoración por personal de enfermería en el triaje, en el que se le clasifica como paciente con “buen estado general”, sin “signos de distrés, que satura bien, está sin fiebre y que ya había sido visto por la mañana” en el Servicio, datos que le permiten identificar al paciente, pues, como resulta habitual, los compañeros que habían prestado la atención con anterioridad habían trasladado la información oportuna. En la asistencia prestada por la mañana, la familia había indicado no estar de acuerdo con la

prescripción de antibiótico realizada por la pediatra de Atención Primaria, motivo por el que acuden al Servicio de Urgencias hospitalarias, en el que no se objetiva “nada reseñable, no presenta signos externos de dificultad respiratoria” y “auscultación pulmonar” “normal”, si bien la realización de un “streptotest” negativo, que permite “descartar infección bacteriana por estreptococo”, se recomienda “suspender el tratamiento pautado” por la pediatra de Atención Primaria. Manifiesta también tener constancia de que esta última profesional había expresado en la consulta, llevada a cabo ese mismo día, su preocupación por “la obesidad severa” que sufre el niño.

Se refiere, a continuación, a los antecedentes del menor tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, constando como antecedente quirúrgico la realización, en junio de 2021, de adenoidectomía y reducción amigdalar con radiofrecuencia, si bien son constantes las faltas de asistencia no justificadas a revisiones y citas en ambos circuitos. Consta también que, desde el servicio público sanitario, se procuró la intervención de la trabajadora social en el mes de febrero de 2021, en relación con la necesidad de ordenar unos “hábitos alimentarios nefastos” que incidían en el problema de salud que padecía, así como la insistencia, desde el ámbito sanitario, en la necesidad de la escolarización del menor “por muchos motivos”, encontrándose “abierto” desde “febrero de 2021, episodio (...) de riesgo psicosocial y absentismo escolar”.

En cuanto a la solicitud de radiografía realizada por la madre en la noche del 18 de agosto de 2023, que justificaba en que “hace un tiempo un familiar que estaba igual que el niño tuvo una neumonía”, explica la respuesta dada entonces, fundada en la necesidad de decidir las pruebas con base a criterios médicos, teniendo en cuenta, en el caso de la específicamente solicitada, que “en Pediatría” se evita “al máximo realizar pruebas que supongan la radiación de los niños”, así como que, en el caso concreto, “no hay indicación de realizar una placa de pecho porque la auscultación es normal y con una evolución tan corta probablemente no se verá nada en la placa y se le radiará gratuitamente (máxime en un niño con un enorme panículo adiposo que precisará de mayor radiación para penetrar)”. Tras referir que “lo más llamativo” de la exploración

general era “la obesidad severa” del menor, que pesa 74 kilogramos a los 8 años de edad -a efectos ilustrativos, indica que supone un peso 42 kilogramos mayor que el propio de un percentil 50 de peso para esa edad-, que dificulta tanto su propia movilidad como incluso la aplicación de técnicas ordinarias -caso de la extracción de sangre necesaria para los análisis-, explicita los parámetros que fundamentan un “triángulo de evaluación pediátrica” “normal” en un paciente que presenta “obstrucción respiratoria de vías altas en contexto de obesidad grave con secreciones serosas y respiración bucal”, pero sin “ningún otro signo de dificultad respiratoria (no taquipnea, no tirajes, no bamboleo, no aleteo, no tos, no sibilantes audibles sin fonendo)”, con “coloración” e “hidratación cutáneo mucosa” “normales” y “bien perfundido”.

Detalla que se recogió muestra del frotis nasofaríngeo para virus y analítica, cuyos resultados orientaban a un probable proceso vírico, que no impidió considerar adecuada la cobertura con el tratamiento antibiótico prescrito esa misma mañana por la pediatra de Atención Primaria, dada la mucosidad que presentaba el paciente y su mal manejo, lo que se explica a la madre quien, según percepción de la médico, “entiende y acepta” el detalle de los cuidados a seguir: administración del medicamento recetado en el centro de salud -la facultativa indica que “no le habían dado ni comprado en la farmacia”-, así como “un antihistamínico” para “descongestionar” “nariz” y “ojos”, insistiendo en la necesidad de “realizar una adecuada higiene nasal con lavados” y posterior aplicación de “spray nasal con corticoide”, al margen de la medicación necesaria en caso de fiebre o dolor y medidas adicionales coadyuvantes (procurar la ingesta abundante de líquidos para fluidificar las secreciones o elevación de cabecero para dormir). Afirma su desconocimiento sobre la adquisición y administración de la medicación recetada en el periodo transcurrido entre el alta hospitalaria (a la 1:03 del día 19 de agosto) y el momento en el que el menor ingresa de nuevo en el hospital con parada cardiorrespiratoria (a las 17 horas del mismo día 19), y recapitula que, “en 12 horas”, el paciente “fue valorado por 4 médicos, 3 pediatras y un médico interno residente de familia de tercer año, no habiendo encontrado ninguno” de ellos “ningún dato clínico agudo de gravedad”.

Aborda, a continuación, las pruebas de imagen realizadas tanto en el Hospital "Y" -tras el ingreso en la tarde del día 19- como en el Hospital "X", pruebas que refiere han sido "revisadas" por "facultativos del Servicio de Radiodiagnóstico" del Hospital "Y" (uno de ellos, Jefe del Servicio), quienes informan "verbalmente", respecto a las radiografías de tórax realizadas en ambos centros, y por cuanto prolijamente se explicita, que "no se puede concluir que las placas realizadas mostraran imagen de condensación neumónica". A su vez, se aprecia respecto al tac craneal realizado en el Hospital "X" "hallazgo no reflejado en el informe del Servicio de Radiodiagnóstico" -ha de entenderse que se refiere al de ese hospital- consistente en "hipertrofia adenoidea grado III/IV (...) que condiciona una importante obstrucción de la vía aérea superior" dato, a su juicio, de "importancia capital en la evolución del niño" y que concuerda con los resultados de una radiografía previa realizada en el mes de octubre de 2020. En consecuencia, concluye que, aun habiendo realizando la Rx de tórax, no indicada en ese momento, "no se hubiera visto ninguna condensación neumónica" y, "de cualquier modo, la actitud terapéutica hubiera sido la misma: tratamiento domiciliario con amoxicilina que es el antibiótico de primera elección para la mayoría de las infecciones respiratorias bacterianas, incluyendo las producidas por *Streptococcus pyogenes*" y las "adquiridas en la comunidad que se tratan domiciliariamente". Asimismo, reitera de forma razonada la incidencia de los dos "factores capitales", obesidad muy severa de años de evolución e hipertrofia adenoidea y amigdalar, que estima desencadenantes y propiciadores del fatal desenlace, cuya producción afirma lamentar "profundamente", sin perjuicio de reseñar el "acoso y descrédito por parte de la familia" sufrido en diversos ámbitos, al ser "culpada" de la defunción.

En tercer lugar, el Jefe de la Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica del Hospital "X" emite, con fecha 22 de octubre de 2024, informe en el que analiza "las circunstancias que rodearon el fallecimiento" del paciente, acontecido en ese hospital el día 21 de agosto de 2023. Explica que, pese a que se consiguió su recuperación "de la situación de PCR (parada cardiorrespiratoria) en el Hospital "Y" y posteriormente combatir las secuelas de

la falta de oxígeno por la PCR en todos los órganos, salvo en el cerebro, la anoxia (falta de oxígeno) cerebral fue lo que determinó su fatal desenlace”, en el que influyen de forma importante, a su juicio, los antecedentes del menor: “obesidad grado 3 (8 años y 74 kg de peso)”, así como una previa intervención “de adenoidectomía y reducción amigdalar por obstrucción de vías respiratorias altas en junio de 2021”. Carece, en cambio, de “antecedentes familiares de muerte súbita ni necesidad de dispositivos intracardiacos”. Tras describir la sintomatología y asistencia prestada tanto por el pediatra de Atención Primaria como en el Servicio de Urgencias del Hospital “Y” el día 18 de agosto -cuando el paciente acude por la mañana y por la noche-, consigna que, en esta última, “la analítica realizada en ese momento presenta discreto aumento de leucocitos y una proteína C reactiva de 8,4 mg/dl” y “el resto de pruebas realizadas (...) normal, incluido un análisis de virus en exudado faríngeo en el que no se aísla ningún virus”, siendo “dado de alta a la 1 a. m. del 19 de agosto”, con mantenimiento del “tratamiento con antitérmico, antihistamínico oral y antibiótico” y adición de “antihistamínico nasal”. Continúa reseñando que, “la siguiente vez que acude a Urgencias” del Hospital “Y”, “es en situación de parada cardiorrespiratoria, el 19 de agosto a las 17 horas (16 horas tras el último alta de Urgencias)”, precedida de la situación descrita por la familia como “un episodio agudo de respiración agónica con cambio de coloración (cianosis) posiblemente por falta de oxígeno y pérdida de conciencia”. Señala que la radiografía de tórax realizada en ese momento evidenció una neumonía bilateral y detalla la intervención desarrollada en el Hospital “X”, tras el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, consistente en “mejorar oxigenación que estuvo en rango normal en todo momento” y administración de “noradrenalina para elevar su tensión arterial y perfundir mejor el cerebro y el resto de órganos”. Reseña que, “en ningún momento presentó arritmias cardiacas y la ecocardiografía y electrocardiograma realizados no mostraron alteraciones ni malformaciones cardiacas”, así como que “se mantuvo tratamiento antibiótico y en el análisis microbiológico de las muestras respiratorias se encontró resultado positivo para una bacteria (...). Ya en situación de muerte encefálica y con vistas a buscar la causa de esa fulminante

evolución, se efectuó un análisis de líquido cefalorraquídeo en el que se encontraron alteraciones celulares pero no se obtuvo rastro de ningún germen, vírico, bacteriano o tuberculoso". Refleja que, si bien "neurológicamente se mantuvo con una sedación a dosis medias-bajas y se monitorizó la actividad eléctrica cerebral mediante el dispositivo BIS", "de forma brusca, casi a las 24 horas de la PCR, sufre un deterioro brusco neurológico" que culmina con la "muerte encefálica" diagnosticada "la noche del 20 de agosto", situación irreversible de la que se informa a la familia, que rechaza tanto "la posibilidad de donación multiorgánica", como la "de hacer estudio necrópsico que" permita "aclarar las causas de la parada cardiorrespiratoria y posterior fallecimiento".

En las "consideraciones" del caso, reitera la relevancia de los antecedentes del menor, "sobre todo, la gran obesidad", que propicia una "menor reserva respiratoria ante infecciones respiratorias", a la que se añade la presencia de "abundantes secreciones respiratorias altas que se intentaron controlar con antihistamínicos, tanto orales como nasales". Precisa que no se dispone de "constancia de la situación clínica entre el alta del Hospital "Y" a la 1 a. m. del día 20 de agosto y la entrada en PCR en el domicilio 16 horas más tarde", lo que impide conocer "si hubo trabajo respiratorio, disnea o falta de oxígeno progresivos hasta llegar a la PCR", pues "los datos no encajan para realizar una PCR brusca, más bien indican que el empeoramiento tuvo que ser progresivo hasta llegar a la PCR". Razona que, "de hecho, como la familia refería que había sido una PCR brusca, se investigó la posibilidad de que fuera una parada de causa cardíaca y no respiratoria. Cardiología Pediátrica se reunió el 22-09 con la unidad de cardiopatías familiares y concluyen que la presentación de la PCR impresiona de origen respiratorio en un inicio, y no se evidencia trastorno arrítmico/tormenta arrítmica ni ninguna otra manifestación eléctrica que haga sugerir la presencia de una canalopatía; ausencia de ningún tipo de arritmia en la monitorización durante su ingreso; electrocardiograma basal normal (...); estudio estructural sin alteraciones endomiocárdicas significativas que pudieran orientar a una miocardiopatía; ausencia de antecedentes familiares de canalopatía. Por todo ello, se concluye que la causa del fallecimiento no estaría relacionada con un problema cardiológico

susceptible de diagnóstico mediante estudio genético”. Indica que, “descartada la causa cardíaca”, restaría considerar “la causa respiratoria como origen de la PCR”, conclusión que avalan “los informes médicos de los días previos”, si bien remarca la especial dificultad de la auscultación en pacientes muy obesos. Asimismo, las pruebas de imagen realizadas (radiografías y TC) permitieron detectar la neumonía (de origen bacteriano) y sinusitis, “es decir”, aclara, “una infección respiratoria bacteriana de vías altas y bajas” y recuerda al efecto que el menor “estaba ya con tratamiento antibiótico en el domicilio”. Por otra parte, explica que las pruebas realizadas no orientaban al padecimiento de meningitis o meningoencefalitis”.

Por último, el dictamen pericial incorporado al expediente a instancias de la compañía aseguradora de la Administración -suscrito por una especialista en Pediatría- expone, entre las consideraciones médicas generales, que “la agresividad” de la bacteria “*Streptococcus pyogenes*” (calificada como “muy poco frecuente” como causa de neumonía en niños sanos), “en algunos pacientes, depende de la combinación de un determinado serotipo en la comunidad, la capacidad invasora de la cepa y el grado de inmunidad individual y poblacional a las cepas”, así como que “el diagnóstico etiológico de las neumonías en la infancia es complicado y no se realiza de forma habitual en el ámbito ambulatorio” -e, incluso en el hospitalario, la detección de “agente responsable” se limita a porcentajes del “30-40 % de los casos”-. También refiere que la revisión de “los protocolos publicados más recientes de Pediatría”, que cita, “recalcan que el diagnóstico de la neumonía es clínico, y no es imprescindible la realización de una radiografía de tórax en los niños previamente sanos, con clínica compatible y que no precisen hospitalización”. Explica, a continuación, en detalle la corrección de cada una de las asistencias prestadas a partir del día 16 de agosto de 2023 -primer día que el paciente acude al centro de salud-. En concreto, y en cuanto a la proporcionada en la noche del día 18 de agosto, destaca la falta de indicación de la realización de la radiografía de tórax con arreglo a la recomendación de los protocolos de la Asociación Española de Pediatría y del resto de sociedades científicas, que “no estaba indicada puesto que solo llevaba 24 horas con fiebre, no existía

dificultad respiratoria, la auscultación pulmonar y la saturación eran normales y el niño no tenía ningún síntoma ni signo de gravedad”. Aún más, afirma que “en ese momento los datos clínicos no hacían sospechar la existencia de una neumonía bacteriana” y además, recalca que el “tratamiento antibiótico” prescrito tanto por la pediatra del centro de salud esa mañana como por la pediatra del Servicio de Urgencias esa noche -del 18 al 19 de agosto- era “el de elección ante la sospecha de una sinusitis y también de una neumonía por *Streptococcus Pyogenes*”, lo que le lleva a aclarar que “en el supuesto caso en que se hubiera realizado una radiografía de tórax y se hubiese encontrado una condensación sospechosa de neumonía bacteriana, el tratamiento antibiótico habría sido el mismo: amoxicilina”. Se refiere también a la falta de información sobre la efectiva toma del antibiótico prescrito y sobre la evolución del paciente “desde el alta hospitalaria el 19” de agosto hasta la parada cardiorrespiratoria sufrida en el domicilio, considerando como “más probable” que experimentara “un empeoramiento progresivo con dificultad respiratoria y mal color”, y no “una parada de forma brusca”. Plantea, por último, cuatro hipótesis como posibles causas del fallecimiento, decantándose en términos de probabilidad -dado que la falta de autorización de los progenitores de la realización de la necropsia impide una exacta identificación- por la sucesión de “una parada respiratoria y posteriormente una parada cardíaca debido a una infección invasora por *Streptococcus pyogenes* (neumonía y probable sinusitis), que hubiera producido una insuficiencia respiratoria progresiva (...). Esta insuficiencia respiratoria pudo ser debida a la obstrucción de vías respiratorias secundaria a la mucosidad nasal e hipertrofia amigdalár, así como a una disminución de la capacidad pulmonar y reserva respiratoria debido a la obesidad severa”, añadiendo que “la evolución fulminante y trágica que presentó” el niño “no era esperable ni predecible cuando acudió a Urgencias el día 18-08-2023 en que no presentaba ningún síntoma ni signo de gravedad”.

Puesto que los interesados no niegan ni refutan ninguno de los aspectos reseñados en los informes (apoyados los dos últimos reseñados y resumidos en abundante bibliografía médica), sin que comparezcan durante el trámite de audiencia conferido, debemos asumir su conformidad con ellos y,

especialmente, con la afirmación de que la saturación de oxígeno que presentaba el paciente en la segunda visita al Servicio de Urgencias del Hospital “Y” era “normal (97 %)”, sin corresponderse con las cifras señaladas por la madre (“79 y 80 de oxígeno”). La argumentación científica aportada permite afirmar no solo la falta de indicación de la radiografía de tórax en las circunstancias en las que se encontraba el menor, sino, y es este un dato crucial a nuestro juicio, que la indicación terapéutica habría sido la misma en caso de haberse realizado y haberse detectado la “sospecha de neumonía bilateral” que figura en el informe emitido por el Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital “Y” el día 19 de agosto de 2023, tras el ingreso del menor en parada cardiorrespiratoria -que el informe de alta del Hospital “X” designa como “condensación”, interpretación que cuestiona razonadamente el emitido por la pediatra del Servicio de Urgencias del Hospital “Y”-. No se dispone, en cambio, de dato alguno sobre si el menor llegó a iniciar el tratamiento prescrito en el ámbito domiciliario, lo que impide formular hipótesis sobre la incidencia de esa omisión en la negativa evolución que experimentó el estado del menor, cuyo desarrollo a lo largo del periodo que transcurre entre las dos últimas visitas a Urgencias también se desconoce.

Así las cosas, no cabe aceptar la presencia de un error diagnóstico o de un retraso diagnóstico determinante de un empeoramiento del paciente o del fatal desenlace, en el que influyeron de manera relevante los antecedentes médicos del menor. Incluso, en un análisis *ex post*, se concluye en los informes incorporados al expediente que la sintomatología que presentaba antes de la parada cardíaca era plenamente compatible con el diagnóstico alcanzado.

En definitiva, resulta acreditado que la atención prestada por el servicio público sanitario fue correcta en cada una de las fases evolutivas del proceso sufrido, en el que, a partir de una infección de vías respiratorias, el fallecido padeció un empeoramiento en las horas posteriores al alta hospitalaria, cuya desgraciada culminación con la parada cardíaca en su domicilio era impredecible, de acuerdo con su estado en el momento de las asistencias previas, sin que estuviera justificada la realización de pruebas adicionales a las efectuadas. Como tampoco, en fin, que la indicada por los reclamantes

(radiografía de tórax), en caso de haber anticipado el concreto diagnóstico que se sugiere (neumonía), hubiera significado una decisión terapéutica distinta a la adoptada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo del dictamen, 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.