



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 127/2018

(Sección 1ª)

La Laguna, a 3 de abril de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 78/2018 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. La reclamante en este procedimiento no han cuantificado la indemnización que solicita. Sin embargo, la Administración ha solicitado el presente Dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización supera los seis mil euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

II

1. (...), en su calidad de representante legal de su hijo menor de edad, formula el 12 de mayo de 2016 reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada al menor.

Alega en su escrito inicial, entre otros extremos, lo siguiente:

- El 20 de octubre de 2015 llevó a su hijo a Urgencias del Hospital José Molina Orosa de Lanzarote porque tenía una cojera en su pie izquierdo y la doctora que lo atendió, aun viendo que el niño no podía asentar el pie, le dijo que no tenía nada. Le pidió que le hiciera una radiografía y le dijo que no. A la semana siguiente el niño tuvo que ser ingresado porque ya no podía caminar. En el hospital le hicieron una radiografía para descartar un cuerpo extraño y así fue. Luego llamaron al dermatólogo y él lo raspó con un bisturí en la planta del pie, sin ningún tipo de protección y sin llevarlo a un lugar acondicionado, sino que lo hizo en la misma habitación con otro niño al lado y al rasparlo lo que le quedó fue un punto de entrada.

- Según los médicos, el niño ya estaba bien y lo mandaron para casa. Al día siguiente le empezó a dar fiebre y se le empezó a hinchar el tobillo. Inmediatamente lo llevó al hospital y el pediatra que lo había atendido lo ingresó, le hizo análisis, le puso antibióticos y le hicieron una gammagrafía ósea. Supieron desde el primer momento que podía tener una fractura o un tumor. Le hicieron una resonancia y se enteraron de que podía ser una osteomielitis en el tobillo izquierdo (astrágalo). El niño tenía el tobillo muy hinchado y el antibiótico no le hacía nada, por lo que avisan a un facultativo de Traumatología, que lo único que hizo fue meter una aguja para saber qué extraña y lo que salió fue pura pus. Los médicos sabían que el niño tenía pus dentro de la articulación y debían conocer que el pus dentro de la articulación no puede durar más de cinco horas. Su hijo estuvo 27 días ingresado con pus en las articulaciones y no hicieron nada y cuando la traumatóloga vio que ella no podía hacer nada lo trasladaron al Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

- Ingresó en este hospital el 10 de diciembre de 2015 y cuando vio el traumatólogo el estado del tobillo del niño se asombró mucho al ver lo avanzada que estaba la infección y ese mismo día lo intervinieron, sin darle esperanza de nada ya que al abrirlo encontró demasiada pus y les comunicó que podía quedar con secuelas importantes. El menor permaneció ingresado un mes en el que el pie aparentemente mejoró y le dieron el alta.

- En revisión en el mismo Centro hospitalario dos semanas después se advirtió que el menor estaba muy mal y que debía ser ingresado. Ese mismo día lo bajaron a quirófano. Al finalizar la intervención el médico le comunicó que la bacteria había avanzado tanto que se comió el hueso (el astrágalo) y que el menor podía perder el pie o quedarse con secuelas muy graves, podía quedar cojo. Estuvo ingresado dos meses y tuvo que ser intervenido varias veces ya que el pie le empeoraba. De tantos esfuerzos que hicieron el menor pudo salir de esta situación.

La reclamante considera que en el Hospital de Lanzarote se produjo una negligencia médica porque no hicieron nada en relación con el padecimiento de su hijo y podían haber actuado más rápido pero no le dieron la importancia que se merecía y a fecha de presentación de la reclamación el traumatólogo le dice que su hijo puede quedar cojo.

No cuantifica la indemnización que solicita.

2. En el presente procedimiento el menor ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, ya que se pretende por su representante legal el resarcimiento del daño personal que presuntamente se le ha causado en la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. De acuerdo con los datos obrantes en la historia clínica, el menor continuó con tratamiento hasta el 1 de junio de 2016, momento en que fue derivado a rehabilitación. Por ello la reclamación, presentada el 12 de mayo del mismo año, no resulta extemporánea, al no haber transcurrido un año desde la determinación del alcance de las secuelas (art. 142.5 LRJAP-PAC).

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de

conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo su resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 8 de julio de 2016 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se resuelve comunicar a los interesados que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Con fecha 7 de septiembre de 2017 se emite informe por el mencionado SIP y a él se acompaña copia de la historia clínica del menor obrante en el Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote y en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria (CHUIMI), así como en el correspondiente Centro de Atención Primaria. Se adjuntan asimismo los informes de los Servicios que atendieron al paciente en los citados Centros hospitalarios (Servicios de Urgencias, Dermatología y Cirugía Ortopédica y Traumatológica del primero citado y de la Unidad de Infecciosos del CHUIMI).

Consta también en el expediente que con fecha 4 de octubre de 2017 se dicta acuerdo probatorio, en el que se aceptó la prueba documental propuesta por la reclamante en su escrito inicial y de subsanación y se incorporaron los informes y documentación recabados por la Administración. Por último, se ordenó el pase al

siguiente trámite del procedimiento, toda vez que la prueba documental ya se encontraba incorporada al expediente.

En esta misma fecha se concede trámite de audiencia a la reclamante (art. 11 RPAPRP), sin que se presentaran alegaciones en el plazo concedido.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, la reclamante fundamenta su pretensión indemnizatoria en la actuación negligente de los facultativos que atendieron a su hijo en el Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote, al que acudió en una primera ocasión a su Servicio de Urgencias y donde días después, ante el agravamiento de la patología sufrida por el menor, fue ingresado durante 27 días, sin que, en su opinión, se le prestara una asistencia sanitaria adecuada.

Por su parte, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración. Se sostiene a estos efectos que la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria no está exclusivamente ligada a un fracaso en la actuación de los medios personales y materiales disponibles, ya que en la sanidad asistencial el éxito no puede garantizarse, sino que dicha responsabilidad está vinculada a una utilización conforme a los principios de la *lex artis ad hoc* de dichos medios personales y materiales. Tras el análisis de los hechos clínicos relevantes, alcanza la conclusión de que no se observa la alegada negligencia médica sino, al contrario, que por parte de los servicios sanitarios se pusieron a disposición del paciente los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para lograr el restablecimiento de su salud.

2. El análisis de la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución exige ante todo considerar que el servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación

de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo, de tal forma que el funcionamiento del servicio público de salud consiste en el cumplimiento de una obligación de medios y no de resultados. Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

De ahí que, para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables, el criterio fundamental estriba en si esa asistencia se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define de la siguiente manera (STS de 26 marzo de 2004):

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 y 29 de junio de 1990, expresaron: “que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada “*lex artis ad hoc*”, es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional”, y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por “*lex artis ad hoc*”, como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o

actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal "lex" implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la "lex" es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto "ad hoc": tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha "lex artis"; así como en toda profesión rige una "lex artis" que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa "lex", aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991)».

En resumen, la *lex artis ad hoc* consiste en la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la Salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance.

3. Procede por tanto analizar ahora si en el presente caso se respetaron o no las reglas de la *lex artis* en la atención sanitaria prestada al menor en el Hospital Dr. José Molina Orosa.

Para ello es preciso tener en cuenta los siguientes datos clínicos, tal como han sido puestos de manifiesto por el SIP en su informe con base en las anotaciones que constan en la historia clínica del paciente:

- Menor de 18 de meses que el 29 de julio de 2015, fecha que fue observado por Pediatría de Atención Primaria, con lesiones en piel, se diagnostica escabiosis (sarna), se observan lesiones de rascado, pruriginosas en planta del pie izquierdo, tratamiento local con Permetrina.

- El 17 de septiembre de 2015 presenta lesiones en planta del pie izquierdo. Consulta Pediatra de Atención Primaria, diagnóstico de dermatitis, eccema. A la exploración se observa lesiones eritematosas en planta del pie izquierdo, con prurito y se pauta tratamiento con Metilprednisolona Aceponato 0.1% crema tópica (corticoides).

- Acude la madre con el menor al Servicio de Urgencias Hospitalario de Lanzarote el 20 de octubre de 2015 con síntoma de dificultad para la marcha. La madre describe molestias pie izquierdo de 2 meses de evolución que ha sido atendido por pediatra y medicina privada en varias ocasiones, siendo tratado por ambas vías. No se observa a la exploración problema agudo en ese momento, no fiebre ni otra clínica acompañante. Se realiza exploración general, que es normal, se observa tatuaje de lesiones residuales en región plantar interna del pie izquierdo, sin evidenciarse punto de entrada ni cuerpo extraño a la palpación. Refiere el médico que no parecía dolorosa, sin deformidades, crepitaciones ni alteración de la temperatura, marcha cautelosa pero conservada, sin que se observe problemas para el apoyo ni signos de dolor.

- El 26 de octubre acude a su Pediatra de Atención Primaria por molestias en el pie izquierdo. A la exploración se palpa bulto en pie izquierdo de consistencia dura, molestias desde hace dos meses. Se solicita radiografía preferente del pie izquierdo. Al día siguiente acude a su médico de Atención Primaria. El paciente está con tratamiento tópico para tratar verrugas.

- El 3 de noviembre de 2015 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote por una lesión en planta del pie izquierdo. Acude con impotencia funcional por dicha lesión y refiere que desde el tratamiento con el antiverrugas el pie le duele más.

Ingresa en planta del Servicio de Pediatría del mismo Hospital, donde se realiza exploración general que resulta normal, salvo la exploración del pie izquierdo, en el que presenta una lesión eritematosa con una zona más indurada (la misma que presentaba el día 26 de octubre) y con edema alrededor, dolor a la exploración y dificultad para caminar. Como antecedente presenta piel atópica.

El 9 de noviembre se realiza analítica general y ecografía de la planta del pie izquierdo. En la ecografía no se identifica cuerpo extraño, se observa "en la vertiente tibial de la planta del pie izquierdo, área de tumefacción localizada en tejido celular subcutáneo", sin otros hallazgos. Se realiza radiografía de tórax que resulta dentro de lo normal.

Ante la sospecha de celulitis ingresa y se instaura antibioterapia intravenosa, la lesión y el edema mejoran.

Valorado por Dermatólogo, diagnostica lo que parece una "lesión verrucosa sobreinfectada", se realiza biopsia para tipificar dicha lesión. El dermatólogo el día 9

de noviembre, realiza un "raspado superficial" de la zona "con las medidas de asepsia adecuadas" que deja ver con más claridad una verruga plantar.

Citado en un mes por Dermatología. Alta hospitalaria el 11 de noviembre de 2015 con diagnóstico principal de papiloma plantar, celulitis plantar secundaria y anemia ferropénica.

- A fecha 17 de noviembre de 2015 acude a Urgencias del Hospital de Lanzarote con motivo de edema de tobillo y reingresa. Presenta edema en tobillo izquierdo, sin rubor, no eritema, signo de calor. A la exploración "edema que no deja fovea en zona de tobillo con aumento de tamaño con respecto al contralateral y zona caliente, "en zona plantar lesión residual sin signos de infección. Se solicita analítica general y ecografía de partes blandas. Diagnóstico: celulitis-artritis de tobillo. Ingresar en planta Pediatría. Se solicita RMN de tobillo, radiografías de la zona estudiada. Ecografía articular hemocultivo. Radiografías del pie y tobillo izquierdo. Gammagrafía ósea.

La ecografía de la planta del pie izquierdo del 9 de noviembre de 2015 muestra un área de tumefacción localizada del tejido celular subcutáneo, no se identifican signos de cuerpo extraño en la zona.

- El 24 de noviembre de 2015 la ecografía articular del tobillo izquierdo da signos de moderados cambios de celulitis en cara interna tobillo izquierdo y en menor medida en planta del pie, leve cuantía de derrame articular a nivel de la mortaja tibio-peronea-astragalina

El 17 de noviembre hemocultivo negativo.

Gammagrafía ósea el 25 de noviembre en retropié izquierdo se muestra componente inflamatorio agudo, en el astrágalo y calcáneo se muestra afectación aguda con un aumento de actividad en ambos, que puede ser debida a múltiples causas. RMN a fecha 20 de noviembre de 2015: del tobillo izquierdo, se observan hallazgos compatibles con importante sinovitis en articulaciones tibioastragalina y subastragalina posterior y lateral al maléolo tibial interno (parte que sobresale de la tibia en la zona del pie) hallazgos compatibles con sinovitis importante.

El paciente tras el ingreso está con Cefuroxina, después de la RMN se cambia el tratamiento, y desde el 25 de noviembre el tratamiento es Ceftriaxona y Cloxacilina.

El 24 de noviembre tras punción de la cara interna del tobillo (*artrocentesis evacuatora*) efectuado por el Servicio de Traumatología sale líquido purulento, la microbiología del líquido extraído es microbiológicamente negativa.

El servicio de Traumatología ante el aumento de la inflamación efectúa drenaje de la zona fluctuante, un absceso por detrás del maléolo, el 29 de noviembre, recogida de muestras para estudio microbiológico, el 4 de diciembre segundo cultivo negativo.

Con el manejo antibiótico el niño mejora, disminuye la inflamación y camina algo, pero vuelve a tener inflamación y deja de caminar, se drena el absceso y ante las dudas la Dra. (...) habla con el Dr. (...) del Servicio de Traumatología de CHUIMI y acuerdan el traslado del niño para limpieza quirúrgica.

- Recibe alta por traslado al CHUIMI el 11 de diciembre de 2015, se traslada en avión. Diagnóstico al alta: celulitis y/o artritis de tobillo izquierdo, papiloma plantar, anemia microcítica.

Tras recibir el tratamiento y asistencia sanitaria en el CHUIMI, cuyo detalle consta en la historia clínica y que damos por reproducida el paciente fue dado de alta el 3 de junio de 2016.

4. Estos antecedentes reflejan que en el Centro hospitalario de Lanzarote, en contra de lo señalado por la reclamante, sí se llevaron a cabo pruebas diagnósticas y tratamientos de acuerdo con los síntomas padecidos por el menor en cada momento y que una vez advertido el empeoramiento de su estado se decide su derivación a otro Centro con el objetivo de efectuar una limpieza quirúrgica de la zona. Se constata además que en este segundo Centro el diagnóstico de la enfermedad no se produjo inicialmente, a pesar de las pruebas diagnósticas practicadas, sino que se alcanzó cuando ya el menor presentaba síntomas sugerentes de la patología, lo que aconteció dos meses después de su primer ingreso.

De los informes obrantes en el expediente y singularmente del SIP resulta, en primer lugar, que la enfermedad finalmente diagnosticada fue una tuberculosis osteomuscular y que se trata de una patología de difícil diagnóstico por presentar una clínica atípica.

En el caso del paciente, de acuerdo con los datos clínicos y los informes emitidos, cuando acude el 20 octubre de 2015 al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote, se llevó a cabo una exploración general, se constata que no tenía fiebre y en el pie se observa tatuaje de lesiones residuales.

Tras la exploración efectuada se concluye que no presenta patología aguda y dan el alta.

Se constata además, en contra de lo manifestado por la reclamante, que el niño no fue ingresado a la semana siguiente, sino que acudió el 27 de octubre a su médico de Atención Primaria, sin que tampoco por este facultativo se observe patología que motive su ingreso hospitalario. Este ingreso se produjo el 3 de noviembre de 2015, catorce días después de la primera visita a Urgencias.

Tras este ingreso, los días 4 y 5 de noviembre se sugirieron los diagnósticos de verruga plantar con sobreinfección bacteriana o, menos probable, un granuloma de cuerpo extraño. Se realiza en estos días tratamiento antibiótico, el dermatólogo el día 9 de noviembre realiza un raspado superficial de la zona que deja ver una verruga plantar de forma clara. La opinión diagnóstica del mismo es: "verruga plantar con sobreinfección secundaria, en probable relación con el tratamiento antiverrugas", se trató como celulitis, abarcando mejor la zona. Con este tratamiento se observó mejora de la lesión y recibió el alta el 11 de noviembre.

El próximo episodio clínico tiene lugar el día 17 de noviembre y se observa en esta ocasión edema de tobillo y se sospecha por la clínica de artritis del tobillo.

Refiere el SIP que es a partir de este ingreso cuando comienzan toda una serie de pruebas de imagen y analíticas más profundas y detalladas, ante la sospecha de afectación de la articulación del tobillo, siempre apoyados por el tratamiento antibiótico, y se observa la zona plantar sin signos de infección. La antibioterapia además se cambia según resultados de las pruebas. Se realiza artrocentesis, se realiza drenaje de zona fluctuante, no se observan bacterias. Ante la sinovitis (membrana que rodea a las articulaciones) articular y la no respuesta adecuada al cambio de antibioterapia, el Servicio de Traumatología del Hospital de Lanzarote decide remitir al menor al CHUMI, tras comentar caso con el correspondiente facultativo de este último Centro. Explica sobre este conjunto de actuaciones el SIP que se fueron obteniendo datos de las múltiples exploraciones complementarias y de los estudios microbiológicos y, al ver la escasez de resultados y las posibles complicaciones óseas, es por lo que se consulta y remiten al hospital de referencia.

Todo ello permite constatar, como antes se ha señalado, que en el Centro hospitalario se fue actuando conforme a la clínica presentada en cada momento por el menor, con la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos acordes con sus síntomas y decidiendo finalmente su derivación al Centro de referencia tal y como

establecen todos los protocolos de actuación, al observar la evolución de la enfermedad y la escasa respuesta a los tratamientos pautados. Puede por tanto considerarse que sí se pusieron a disposición del paciente los medios precisos ante los síntomas presentados, por lo que constituye una actuación acorde con los criterios que determinan la conformidad de la actuación sanitaria con la *lex artis*.

Esta conclusión se refuerza si se tiene en cuenta que el diagnóstico de la enfermedad se pudo alcanzar cuando el menor ya presentaba síntomas que así lo evidenciaba. El menor ingresó inicialmente en el CUHIMI el 11 de diciembre de 2015 y se realizaron igualmente pruebas diagnósticas y microbiológicas y se pautó antibioterapia con la que se consiguió su mejoría, por lo que se le dio el alta hospitalaria el 10 de enero de 2016, con revisiones posteriores.

La primera revisión se fijó para el día 26 del mismo mes y se observa mala evolución, por lo que se decide su ingreso. Es en este segundo ingreso cuando el traumatólogo en una cura de la zona del tobillo observa la salida de un líquido caseoso. Este líquido, explica el SIP, es de aspecto similar al queso y se produce en lesiones tuberculosas, y otras como la sífilis, la histoplasmosis etc. Por ello el traumatólogo supone como diagnóstico posible una tuberculosis, teniendo en cuenta la clínica y la edad del menor, y se llevó a cabo la prueba específica (Mantoux), cuyo resultado, obtenido el 13 de febrero, fue positivo. A partir de este momento se pauta tratamiento antituberculoso y se observa mejoría, por lo que recibe el alta el 1 de marzo de 2016, con tratamiento para su domicilio y posteriores revisiones. Asimismo, debido a la afectación ósea del tobillo, pues la infección abrasa la superficie osteoarticular, es remitido a rehabilitación, ya que presenta cojera en la pierna izquierda. Con estas sesiones el niño recupera masa ósea tras el seguimiento efectuado, y sigue en rehabilitación en Lanzarote, controlando la evolución del mismo los servicios médicos. Consta que presenta buena evolución.

Como se advierte, en este segundo Centro hospitalario se fueron realizando también las pertinentes pruebas diagnósticas acordes a los síntomas presentados, detectando la enfermedad padecida cuando los síntomas presentes evidenciaron que podía tratarse de una tuberculosis.

A este respecto concluye el SIP que el diagnóstico de tuberculosis osteoarticular padecida por el menor fue especialmente dificultoso, por las propias características de la enfermedad, pues presenta una clínica atípica, sobre todo en el caso de la forma articular, y es de comienzo insidioso. Pone además de manifiesto que en los

países industrializados como el nuestro el promedio antes de diagnóstico es de 12 a 18 meses y en el caso del menor ocurrió en un tiempo mucho menor a este promedio.

Por último, estos informes avalan que la secuela que presenta el menor no deriva de la actuación sanitaria sino de la propia enfermedad padecida.

En definitiva, procede concluir que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue ajustada al ya referido parámetro de la *lex artis*, pues el paciente recibió atención sanitaria adecuada a los síntomas y patologías presentados en cada momento. De todo ello deriva que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.