



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen 22/2013

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de enero de 2013, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social, mediante oficio registrado el día 15 de junio de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 183/12), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 21 de abril de 2010, x, en nombre y representación de x (acompaña escritura de poder para pleitos), que actúa en su propio nombre y en el de su hijo menor x, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por los siguientes hechos, según expone:

1. Atención en el Centro de Salud.

Sobre la 1:30 horas de la madrugada del 29 de noviembre de 2009, x y su esposo llevaron a su hijo x, de 3 años, al Centro de Salud de Abanilla por presentar una crisis de laringitis. Les atendió una enfermera y el médico a quienes se les informa de la medicación que se había dado al niño, que éste la había vomitado, así como que había sufrido estos mismos episodios en dos o tres ocasiones.

Acto seguido, la enfermera administra oxígeno al niño, mide la saturación y coge una vía, lo que resultó difícil por moverse constantemente.

Pasados unos minutos les informaron que iban a trasladar al niño al Hospital Virgen de la Arrixaca, de Murcia, en una ambulancia de Soporte Vital Básico que se encontraba en el Centro de Salud.

Sobre esta asistencia se cuestiona el informe del facultativo que le atendió, porque, según señala "tuvo la rápida sospecha de edema agudo laríngeo", sin embargo los padres le advirtieron que el niño había presentado crisis de laringitis con anterioridad en dos o tres ocasiones y el angioedema laríngeo puede ser de causa alérgica o presentarse de forma recurrente como parte de una enfermedad hereditaria, pero no existía ningún antecedente para estas posibilidades. Tampoco el Hospital Virgen de la Arrixaca refiere la existencia de un edema laríngeo, sino una laringitis aguda grave. También se cuestiona otra observación de dicho informe acerca de que la sospecha se basó en la visión directa del depresor lingual, en el que observó un intenso edema de zona orolaríngea lo que resulta imposible porque la laringe no se puede ver directamente, al encontrarse situada debajo de la glotis y epiglótis, sin que sea visible sin laringoscopia.

2. Traslado en ambulancia.

El traslado del niño en ambulancia al Hospital Virgen de la Arrixaca se realizó con el médico sentado en la parte delantera junto al conductor, y en la parte trasera el niño con la enfermera y su padre con el fin de tranquilizarlo. La madre y la abuela seguían a la ambulancia en su coche particular.

Según expone el escrito de reclamación, durante el trayecto la enfermera informaba al médico de los valores de

saturación, que rondaban los 87-92. El médico le indicó que tuviera preparada una dosis de adrenalina y que le colocaría al niño otro pulsioxímetro, sin que la enfermera llegara a hacerlo.

Al poco tiempo el niño comenzó a desvanecerse y perdió el sentido. La enfermera gritó que parase la ambulancia y el doctor pasó a la parte trasera. El padre continuó el viaje con su esposa. Acto seguido la ambulancia se dirigió al Hospital Virgen de la Arrixaca, junto con el coche particular de los padres.

Describen que cuando llegaron al Hospital abrieron la puerta de la ambulancia y la enfermera y el conductor intentaban sacar al niño en la camilla. El médico no se encontraba allí y nadie estaba ventilando al paciente ni tenía ambú alguno en la camilla. Como se atascó la camilla fue el propio conductor quien decidió trasladar al niño en brazos hasta urgencias.

Cuestiona en los folios 5 y 6 la actuación del facultativo durante el traslado en ambulancia, particularmente sobre la no intubación y que cuando llegara al Hospital abandonara al menor en el Servicio de Urgencias.

3. Llegada al Hospital.

El paciente llegó al Hospital en muy mal estado, según el informe del Servicio de Urgencias:

"A su llegada a Urgencias el paciente es transportado desde la ambulancia en brazos del conductor desde la misma hasta el box de atención inmediata sin sistema de monitorización ni apertura de vía aérea. Allí constatamos nula actividad espontánea, ausencia de respuesta a estímulos verbales, táctiles o dolorosos, ausencia de respiración espontánea y ausencia aparente de pulso y latido cardíaco. A la exploración así mismo destacaban varias quemaduras cutáneas en hemotorax izquierdo de contorno rectangular con una forma que asemeja a las palas de un desfibrilador. El paciente tenía canalizado un acceso venoso periférico en miembro superior derecho, heparinizado, por el cual no se infundía perfusión en ese momento".

Se realizaron las correspondientes maniobras para revertir la parada cardiorrespiratoria y trasladarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. Se objetivan problemas para la oxigenación, compatibles con Edema agudo de pulmón, describiéndose la asistencia recibida y los problemas surgidos.

Finalmente, fue dado de alta a los tres meses con los siguientes diagnósticos:

- Laringitis aguda grave
- Parada cardio-respiratoria
- Edema pulmonar
- Crisis epilépticas
- Edema cerebral
- Hipertensión intracranal
- Encefalopatía hipóxico-isquémica grave
- Coma mesencefálico

Se concluye que existió una defectuosa asistencia sanitaria con la producción de un daño evitable, y que concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial. También que el médico no suministró información a los familiares sobre la posibilidad de trasladar al paciente en una ambulancia con mayores posibilidades.

Acompañan dos informes de 14 de enero de 2010 suscritos por el Coordinador del Centro de Salud, en ausencia del médico que atendió al paciente en el Centro de Salud (folios 26 a 31), y el evacuado por los facultativos que le atendieron en Urgencias de Pediatría, de 2 de febrero de 2010, a instancias de los familiares del menor, que

expone lo siguiente:

"El paciente x es derivado a Urgencias de Pediatría el día 29 de noviembre de 2009 a las 2:18 horas en ambulancia medicalizada del 061 desde Centro de Salud de Abanilla con diagnóstico de laringitis aguda grave (refiere medición de SatO₂ del 70%) habiendo sido tratado en dicho centro con adrenalina y prednisona (2 mg/Kg). Fuimos informados por parte del médico que acompañaba al paciente que éste había sufrido una parada cardiorrespiratoria durante su traslado a nuestro centro y que había procedido a desfibrilar al paciente así como a administrarle una ampolla de adrenalina sin obtener mejoría (...).

Tras explorar al paciente y constatar la situación de parada cardiorrespiratoria el personal médico de guardia en el servicio de urgencias pediátricas procedimos a monitorizar al paciente e iniciamos masaje cardiaco y ventilación con ambú y oxígeno, así como a administrar una dosis de adrenalina. Se dio aviso a la Unidad de Cuidados intensivos Pediátricos personándose el facultativo de guardia a los 2 minutos de la llegada del paciente a nuestro centro".

También consta el informe de alta clínico de 3 de marzo de 2010.

Finalmente, solicita que le reconozca una indemnización a los reclamantes por la asistencia sanitaria, que se determinará en fase procesal posterior y que interesa el recibimiento a prueba y la admisión de la documental aportada.

SEGUNDO.- Con fecha 5 de mayo de 2010, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite, la cual fue notificada a las partes interesadas y a los centros sanitarios en donde fue asistido el menor, solicitando la historia clínica y los informes de los facultativos actuantes.

TERCERO.- El Director Gerente del Hospital Morales Meseguer remite el historial en Atención Primaria, así como el informe emitido por el pediatra que tenía asignado en el Centro de Salud de Abanilla, x. Sobre la asistencia que motiva la presente reclamación, se recoge en el historial de Atención Primaria (folio 55) lo siguiente, que se transcribe literalmente:

"DESCRIPCIÓN: DIFICUL. RESPIRACIÓN.

CURSO DESCRIPTIVO

FECHA 29/11/2009

(E) ACTIVIDADES/TÉCNICAS- SMS V2.0

(2314) Administración de medicación: intravenosa (IV)

(3320) Oxigenoterapia[X]

Pulso: 140

Especificar: IMPOSIBLE TOMAR TA POR AGITACIÓN

SATURACIÓN O2 AL 72% QUE AUMENTA AL

92-94% TRAS ADMINISTRACIÓN DEL

TRATAMIENTO PRESCRITO Y OXIGENOTERAPIA.

Especificar: URBASON 40 MG IV TRAS PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

(E) ACTIVIDADES / TÉCNICAS - SMS V2.0.

Especificar: EL MEDICO DECIDE TRASLADO EN AMBULANCIA

SOPORTE VITAL BASICO AL H.U.V.A.

(E) ACTIVIDADES / TÉCNICAS - SMS V2.0

Especificar: TIRAJE RESPIRATORIO, TOS, CIANOSIS DEDOS.

(E) ACTIVIDADES / TÉCNICAS - SMS V2.0

(2314) Administración de medicación: intravenosa (IV) [

(3320) Oxigenoterapia[X]

Pulso : 140

Especificar : EN AMBULANCIA: ADMINISTRACIÓN URBASON IV

EN AMBULANCIA:

POSICIÓN FOWLER

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE CONSTANTES

TA IMPOSIBLE DE TOMAR, AL INSUFLARSE EL MANGUITO EL NIÑO SE AGITA.

SATURACIÓN DE OXÍGENO 90%-94% CON OXÍGENOTERAPIA

FC: 140-145 LAT/MIN

ESTABLE, CONSCIENTE Y ORIENTADO, ALGO MAS TRANQUILO PERO EN OCASIONES SE AGITA Y TOSE, DISMINUYENDO SATURACIÓN DE OXIGENO.

EN EL ULTIMO TERCIO DEL TRAYECTO AL HOSPITAL EL NIÑO PIERDE LA CONSCIENCIA DE FORMA REPENTINA E INESPERADA, SALIENDO PEQUEÑA CANTIDAD DE SALIVA POR COMISURA BUCAL. COMUNICO AL CONDUCTOR QUE PARE LA AMBULANCIA, EL MEDICO QUE ESTABA SENTADO EN LA PARTE DELANTERA DE LA AMBULANCIA, BAJA Y ENTRA EN LA PARTE DE ATRÁS.

COLOCÓ CÁNULA DE GUEDEL PARA APERTURA DE VIA AÉREA.

MÉDICO COLOCA PALAS DE DESFIBRILADOR EN PECHO PARA VER RITMO CARDIACO Y CONFIRMA TAQUICARDIA VENTRICULAR, POR LO QUE SE REALIZA DESFIBRILACION (EL MÉDICO) SEGUIDA DE MANIOBRAS DE RCP, EL MEDICO ADMINISTRA DE NUEVO ADRENALINA SC, PERO LA SITUACIÓN NO REVIERTE. SE SIGUE CON MANIOBRAS DE RCP HASTA LLEGADA A URGENCIAS H.U.V.A".

CUARTO.- El Director Gerente del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca remite el historial del paciente (en formato Cd), si bien consta reproducido en papel en los folios 70 a 262.

Asimismo se remiten los siguientes informes:

El emitido por el Jefe de Sección de Neuropediatría, Dr. x, de fecha 18 de junio de 2010 (folios 61 y 62), que expone que el paciente fue atendido en la Sección desde que se realizó su ingreso hospitalario en la UCI Pediátrica el 29 de noviembre de 2009, como consecuencia de un síndrome de extrema hipoxia-isquemia cerebral de instauración aguda. Tras describir las diferentes exploraciones clínicas y complementarias realizadas, y las consideraciones clínico-evolutivas del menor, concluye con el diagnóstico de encefalopatía severa secundaria a hipoxia-isquemia cerebral sufrida, sin que existan posibilidades de recuperación funcional, hallándose en una situación de secuela crónica que requiere una vigilancia evolutiva neurológica, ante la persistencia de riesgos de nuevas manifestaciones seculares. No obstante, expresa que los progenitores han solicitado una segunda opinión neurológica, que desean que se realice en el Hospital Universitario La Fe de Valencia, quedando pendiente de las revisiones en consultas externas para seguir su evolución.

El evacuado por el Jefe de Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos, Dr. x (folio 63), que acompaña otro informe que no figura en el historial y que es complementario al informe clínico de alta (folios 64 a 69), que también fue entregado a sus familiares según se afirma.

QUINTO.- El 6 de julio de 2010 (registro de salida) se remite un nuevo oficio a la Gerencia de Área VI (Hospital Morales Meseguer), en el que se solicitan informes de la enfermera que acompañó al niño en la ambulancia y otro del facultativo que asistió al niño en el Centro de Salud de Abanilla durante el traslado, dado que el obrante fue suscrito por el Coordinador del Centro de Salud de Abanilla, en ausencia en aquel momento del médico actuante.

En respuesta a este oficio, el Director Gerente del Área VI remite el 21 de septiembre de 2010 (registro de salida) los informes solicitados.

El evacuado por el Dr. x, médico acompañante durante el traslado, que reproduce sustancialmente el anteriormente evacuado suscrito por el Coordinador del Centro de Salud, explicando el estado del niño a su llegada (valoración inicial) y los procedimientos extrahospitalarios aplicados (en sala de reanimación del Centro de Salud), así como su decisión de realizar el traslado en ambulancia de Soporte Vital Básico por permanecer el paciente estable, dentro de la mejoría que se produce tras la administración de oxígeno y medicación.

Respecto a lo sucedido durante el traslado señala:

"En el traslado desde dicho Centro hasta el Hospital de Referencia (Ciudad Hospitalaria "Virgen de la Arrixaca"), se prescribe una nueva administración de 1.3 mgrs. de Metil-Prednisolona con misma técnica mencionada y se ordena a enfermería que deje cargada una ampolla de Adrenalina 1:1000, en previsión de un posible deterioro del cuadro.

El paciente es acompañado por enfermera, médico, conductor y padre del paciente (el médico que suscribe solicitó permiso al conductor de la ambulancia para que el padre del paciente acompañase a su hijo a fin de que el niño tuviese alguien conocido-querido durante su traslado y evitar - de esa manera - una más que posible agitación psico-motriz).

Durante todo el trayecto del traslado el paciente mantiene tanto las constantes vitales como el estado neurológico-cognitivo en rangos aceptables y sin recaída alguna sobre los valores obtenidos a la hora de su entrada en la ambulancia.

Faltando aproximadamente unos 3-4 minutos (según consideración del conductor una vez preguntado por el médico que suscribe) para la llegada al destino, enfermería da un grito de "Paren la ambulancia!".

El médico que suscribe baja inmediatamente y observa que el paciente estaba totalmente inconsciente con ausencia de respiración espontánea, y una discreta excreción oral-de saliva rosácea. A la auscultación pulmonar sólo se oye "silencio respiratorio". A la auscultación cardíaca se auscultan tonos puros pero arrítmicos (Parada Respiratoria estricta). Se utilizan las paletas del desfibrilador para valorar las características del ritmo cardiaco, estando el mismo presente con alternancia entre ritmo sinus normal y rachas de taquicardia ventricular autolimitada-no sostenida (estas aseveraciones pueden verse en el propio aparato de desfibrilación, en "record"), observándose también algún acceso de línea isoelectrónica mayor de 10 segundos. Por todo ello, se comienza conjuntamente (enfermera y médico) a realización de maniobras de RCP con masaje cardíaco externo y aplicación de ventilación asistida con ambú previa instalación de cánula de Guedell. Se administra la Adrenalina preparada en vía directa venosa en bolo de menos de 1 minuto. Se plantea intubación intra-traqueal, pero, dadas las características del estado glótico (edema intenso), la mala disposición intra-ambulancia, y -sobre todo- la escasa distancia-tiempo entre ambulancia y servicios de urgencia hospitalaria, el médico que suscribe decide que dicha maniobra sea realizada en el propio hospital, puesto que la isocronía era menor de 3-4 minutos (ya comentados) continuando con la realización de las maniobras de RCP antes mencionadas y según protocolo de "Plan Nacional de Resuscitación Cardio-pulmonar de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias".

Dada la aparición de salvas de taquicardia ventricular anteriormente mencionada se le administra al paciente dos descargas eléctricas de aproximadamente 4 julios/Kg sobre 15 Kgrs. calculados (no demasiado fiable por artefactación entre palas de desfibrilador y tórax de paciente).

El médico que suscribe salta de la ambulancia transportadora para alertar al equipo médico hospitalario sobre el

estado del paciente".

El informe de la enfermera acompañante, x, de 6 de agosto de 2010 (folios 265 y 266) describe los hechos relacionados con la asistencia en el Centro de Salud y en cuanto a su actuación detalla:

"El médico cree conveniente de que el padre nos acompañe en la ambulancia para que durante el trayecto el paciente esté lo más tranquilo posible.

Montamos en la ambulancia, el médico me ordena que administre de nuevo otros 20 mgrs. de Urbason IV en bolo lentamente por lo que procedo a su administración como éste me indica.

El padre sentado en el sillón a la izquierda del paciente, yo a los pies del paciente para observación directa y continua del paciente y del monitor.

El paciente en camilla en posición semi-fowler con oxigenoterapia con VMK al 50% a 10 litros/min según indicación médica, con monitorización continua de FC y Saturación de Oxígeno, es imposible tomar TA porque el niño se agita y mueve el brazo cuando se insufla el manguito.

El médico sentado en la parte delantera de la ambulancia junto al conductor, a través de la ventanilla me ordena que deje cargada y preparada una ampolla de Adrenalina. Éste pregunta frecuentemente los valores de las constantes monitorizadas.

Durante el traslado, el paciente se mantiene estable, consciente y orientado, con Saturación de Oxígeno entre 90-95% y PC entre 140-145 lat/min.

En ocasiones se agita, tose y disminuye la Saturación de Oxígeno, remontando de nuevo a los valores anteriores cuando se tranquiliza. Dice que quiere ir a la cama con sus papás y le contesto que si se tranquiliza le dejamos que se vaya con sus padres a casa. En varias ocasiones intenta darmes patadas, el padre y yo le acariciamos y contamos cosas para distraerlo y tranquilizarlo.

Pero aproximadamente a mitad del último tercio del trayecto, el paciente pierde la conciencia de forma repentina e inesperada, saliendo una pequeña cantidad de saliva de color rosado a través de su comisura bucal, comienza a descender rápidamente la Saturación de Oxígeno. Ante tal situación grito fuertemente ¡¡PARAR LA AMBULANCIA!! La ambulancia se detiene inmediatamente, el médico entra en la parte trasera (el padre sale fuera), rápidamente coloco cánula de guedell nº 2 para apertura de vía aérea y se ventila con ambú, el médico coloca palas del desfibrilador en pecho para ver ritmo cardiaco y confirma alteración del mismo con taquicardia ventricular, por lo que se inician maniobras de RCP con masaje cardíaco y ventilación con ambú. Se le aplica 1ª descarga eléctrica seguida de maniobras de RCP, pero la situación no revierte, se le vuelve a aplicar 2ª descarga seguida de maniobras de RCP, el médico administra la adrenalina ya precargada por vía intravenosa, se siguen maniobras de RCP sin cesar, momento en que ya estamos entrando en ambulancia en el carril de acceso a la puerta de urgencias del Hospital Infantil.

El médico rápidamente baja de la ambulancia y entra en Urgencias para dar aviso al equipo médico, siguiendo yo con maniobras de RCP, el conductor intenta bajar la camilla con el paciente pero ésta se estanca y es imposible de sacar, por lo que rápidamente el conductor coge al niño en brazos y lo lleva a la camilla de la Sala de Reanimación de la puerta de urgencias (aprox. unos 9-10 metros de distancia) acudiendo de inmediato el personal sanitario de dicho Servicio".

SEXTO.- Una vez notificada la apertura del periodo de práctica de prueba a todos los interesados, se solicita informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias el 17 de noviembre de 2010 (registro de salida).

SÉPTIMO.- Por oficio de 8 de febrero de 2011 se remite el expediente a la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia al haberse interpuesto recurso contencioso administrativo por los reclamantes frente a la desestimación presunta (Procedimiento Ordinario 1004/2010).

OCTAVO.- Mediante oficio también de 8 de noviembre de 2011, el órgano instructor solicita a la Gerencia de Área I (Hospital Virgen de la Arrixaca) que se identifique al profesional que finalmente intubó al niño, así como que se remita la documentación relativa a la asistencia en urgencias. En contestación a este oficio, se remite escrito por el

Director Gerente (folio 286) indicando que la facultativa que intubó al paciente fue la Dra. x, especialista en Medicina Intensiva, a la vez que se remiten 4 folios relativos a la asistencia prestada en urgencias.

En la misma fecha se solicitó al Hospital Morales Meseguer que se identificara al conductor de la ambulancia y se remitiera informe del mismo. Mediante escrito de 12 de diciembre de 2011 se identifica al conductor y se ofrece el teléfono de contacto.

NOVENO.- El 18 de enero de 2012 se remite escrito a la Subdirección de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria reiterándole la emisión de informe con carácter de urgencia.

En respuesta a este escrito, la Inspector Médica encargada de este expediente remite comunicación de 3 de febrero de 2012 (folios 295 y 296), solicitando al órgano instructor que se recopilen ciertos datos y documentos en relación con:

- Si existe constancia documental y que se le remita si así fuera, de contactos entre el médico del Centro de Salud de Abanilla y los directivos médicos del 061 la noche del 29 de noviembre de 2009.
- Características y equipamiento de la ambulancia de soporte vital básico, utilizada para el transporte del niño, especificando si está dotada de instrumental necesario para la ventilación y la intubación de un niño.
- Si se dispone del registro del ritmo cardíaco en el desfibrilador utilizado al que se alude en el informe médico.
- Que se le pregunten a los pediatras de guardia del Hospital Virgen de la Arrixaca que firman el escrito si a la llegada al Servicio de Urgencias el niño portaba una cánula de Guedell y si la inserción de dicha cánula y ventilación con ambú puede sustituir a una intubación intratraqueal en un niño con laringitis grave.

Siguiendo las indicaciones de la Inspección Médica se realizan por el órgano instructor las siguientes actuaciones:

- A la Gerencia de Emergencias 061 se le solicita la documentación relacionada con el contacto que el médico del Centro de Salud de Abanilla tuvo con dicha Gerencia.
- Al Director Gerente del Área VI se solicita información sobre las características de la ambulancia, así como el registro del ritmo cardíaco del niño. También se le reitera el informe del conductor de la ambulancia.
- Al Director Gerente del Área I se solicita informe de los pediatras de guardia en el Hospital Virgen de la Arrixaca e informe de la Dra. x.

Tales solicitudes fueron cumplimentadas de la siguiente manera:

1) La Gerencia del Emergencias 061 remitió el 27 de febrero de 2012 la grabación del contacto que el médico del Centro de Salud de Abanilla tuvo con el personal del 061.

2) Desde la Gerencia de Área VI remiten el informe del conductor de la ambulancia que explica lo siguiente sobre el traslado (folio 303):

"(...) Circulando por la autovía a la altura de Ronda Norte, entre la entrada y salida de ésta, la enfermera gritó "parad la ambulancia", por lo que yo encendí el intermitente y paré a la derecha debajo del puente. El médico preguntó ¿qué pasa? Y la enfermera contestó que el niño estaba vomitando. El médico mientras se bajaba del coche dijo "joder me has asustado, si eso es bueno que vomite". Se bajó del asiento del copiloto y fue a la parte trasera con el enfermo y yo me quedé sentado. Cuando me lo permitió el tráfico yo también me bajé de la ambulancia y vi al padre llorando fuera de ella. Cogí y cerré un poco la puerta lateral trasera dejando una abertura de 30 o 40 centímetros y le dije al médico "x estoy aquí, si te hace falta mi servicio subo". No recibí contestación y

transcurrido un tiempo que no puedo precisar, el médico me dijo "x vámonos". El padre se quería montar en la ambulancia pero como unos minutos antes había llegado otro coche con la madre y la tía del niño en un estado de enorme nerviosismo yo mismo le dije al padre del niño "creo que te debes de ir con tu mujer y tu hermana que están muy nerviosas no vayan a tener ellas un accidente". El padre me dijo "tienes razón" y se montó con ellas y nosotros nos fuimos para la Arrixaca yo conduciendo y el médico y la enfermera con el paciente.

Cuando llegamos a la Arrixaca el médico se bajó de la ambulancia y se fue para Urgencias. La enfermera cogió al niño y fue a dársele a su padre para que lo llevara en brazos pero yo, que en ese momento estaba bajando la camilla, y ante la insistencia de la enfermera que decía "ya, ya, ya, rápido" yo le dije que yo llevaba al niño y salimos yo con el niño y la enfermera con la vía y a 10 o 12 metros en que se encontraba la camilla que habían preparado dejamos al niño con el personal sanitario. A partir de ese momento nos salimos para fuera".

3) La Gerencia de Área I remite también informes de los Dres. x y (folios 305 a 307). La primera indica que fue "requerida cuando el niño se encontraba en el box de parada/reanimación de Urgencias, siendo atendido por los pediatras de guardia de Urgencias que le estaban practicando ventilación con ambú y masaje cardiaco. El segundo facultativo señala:

"Que el 29-11-2009, me encontraba de guardia en la puerta de urgencias del Hospital infantil como médico residente de tercer año. Al recibir el aviso de que venía una ambulancia con un niño en parada cardiorrespiratoria, me dirijo al box de hemodinámica y veo llegar al paciente en brazos del médico que lo trasladaba sin monitorización ni soporte respiratorio. En ese momento no llevaba cánula de Guedell, pero sí portaba un acceso venoso periférico.

La inserción de una Cánula de Guedell y ventilación con presión positiva es una primera maniobra en la estabilización de un paciente en parada respiratoria, permitiendo asegurar la vía aérea, particularmente de ser previsible una intubación difícil, como es el caso de un niño con laringitis".

4) Respecto a la equipación de la ambulancia se remite informe del Coordinador Médico del Centro de Salud de Abanilla (folios 308 y 309) que indica que la ambulancia llevaba oxigenoterapia, ambú, cánulas de Guedell, sueroterapia y medicación intravenosa. También comunica que no disponen del registro del desfibrilador, pues, al parecer, este tipo no tiene un registro interno, sino que cada vez que se utiliza emite una tira de E.C.G, según refiere.

El 11 de abril de 2012 se remite la anterior documentación a la Inspección Médica, aunque la misma ya se había adelantado por correo electrónico.

DÉCIMO.- La Inspección Médica emite un informe de 12 de abril de 2012 con las siguientes conclusiones:

"1.- El niño x de 2 años y 10 meses de edad, fue llevado por sus padres al PAC del centro de salud de Abanilla sobre la 1,30 h del día 29 de noviembre de 2009. El niño presentaba severa dificultad respiratoria. Los padres informaron de cuadro recurrente de laringitis y de la administración previa en casa de corticoide inhalado y antiinflamatorio.

2.- Por lo general las laringitis son de intensidad leve y de evolución autolimitada. Antes del empleo extendido de los corticoides y de la adrenalina nebulizada, esta enfermedad precisaba hospitalización hasta en el 20-25% de los casos e intubación endotraqueal en un 2% de estos pacientes. En la actualidad es excepcional el ingreso en cuidados intensivos pediátricos o la intubación. En el caso de x se trató de una laringitis aguda con una evolución excepcionalmente desfavorable.

3.- El médico del PAC valora clínicamente al niño, que presentaba estridor inspiratorio intenso y tos grupoide. Se objetiva una baja saturación de oxígeno, mediante pulsioximetría trascutánea. Se instaura tratamiento con oxígeno, corticoides sistémicos (metilprednisolona habitualmente se administra dexametasona, pero también se puede utilizar) y adrenalina subcutánea (actualmente se utiliza nebulizada). El diagnóstico fue correcto y el tratamiento adecuado.

4.- Tras el tratamiento instaurado, el niño respondió adecuadamente consiguiendo remontar el cuadro respiratorio inicial. Se decide traslado al hospital, lo que es ajustado a los protocolos actuales de manejo de la laringitis aguda. El traslado se efectúa con enfermera y médico, en una ambulancia de soporte vital básico, provista de toma de

oxígeno, monitor-desfibrilador, cánulas y demás material de emergencias. El padre acompaña al niño, lo solicitaron y está indicado porque tranquiliza al niño. La enfermera va al lado del niño y el médico delante con el conductor, la enfermera regularmente informaba al médico del estado del paciente. El traslado se hizo cuando el paciente estaba estabilizado.

5.- Entrando en la ciudad de Murcia, el niño entra en parada respiratoria. El desarrollo de una parada cardiorrespiratoria en el contexto de una laringitis aguda es excepcional. El médico y la enfermera en su informe refieren que realizan apertura de la vía aérea mediante cánula de Guedell y ventilación con ambú, primera maniobra de estabilización en un niño en parada respiratoria y que efectúan maniobras de RCP. Cuando el niño llega al hospital, no porta cánula de Guedell. No es descartable que la cánula se cayera durante el traslado desde la ambulancia a la puerta de urgencias.

6.- Al niño no se le realiza intubación en la ambulancia, que es la mejor técnica para garantizar una adecuada ventilación y un adecuado aporte de oxígeno. La intubación en un niño precisa para ser efectiva de un personal experimentado en dicha técnica. Los protocolos de RCP pediátricos aceptan retrasar la intubación hasta la llegada al hospital, manteniendo mientras tanto una ventilación con ambú y mascarilla. A su llegada al Hospital los médicos de puerta continúan con ventilación con ambú y oxígeno y avisan a la intensivista de guardia.

7.- Al niño se le aplicaron dos descargas eléctricas de aproximadamente 4 julios/Kg. sobre 15 Kg. de peso calculados. No se dispone del registro. No influyó en la situación actual del niño.

8.- En el hospital se monitorizó al niño, se inició masaje cardiaco, ventilación con ambú y oxígeno, se administró adrenalina en dos ocasiones y bicarbonato. El niño fue intubado por la intensivista de guardia, y según consta en la historia "le costó un poco".

9.- Cuando se consiguió recuperar al niño de la parada, se le trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, se objetiva problemas para la oxigenación compatibles con edema agudo de pulmón. La radiología es compatible con el diagnóstico. Se le aplicaron los tratamientos y cuidados oportunos durante todo el ingreso en la UCI-P.

10.- El pronóstico de una RCP en pediatría es malo, con baja supervivencia; entre los supervivientes, un alto porcentaje desarrollará secuelas neurológicas. La RCP consiguió salvar la vida del niño, pero no pudo evitar que la oxigenación insuficiente del sistema nervioso central, terminase generando una encefalopatía hipóxico-isquémica que ha dejado gravísimas secuelas".

UNDÉCIMO.- La compañía aseguradora -- aporta al expediente dictamen pericial realizado por x, médico de UVI Móvil en el SUMMA 112, master en medicina de Emergencias y fundadora de la Asociación Española de Emergencias 112 (folios 335 a 346), que analiza la asistencia prestada al niño concluyendo:

"1.- El paciente x fue atendido de manera correcta en el Centro de Salud de Abanilla de una crisis de Insuficiencia Respiratoria Aguda Moderada, producida posiblemente por un Crup o laringotraqueitis. El paciente mejoró considerablemente tras el tratamiento médico.

2.- El paciente fue trasladado en una Unidad de Soporte Vital Básico con equipamiento y dotación humana de Soporte Vital Avanzado.

3.- El hecho de que el médico fuera en la parte de delante, es porque dichas ambulancias disponen sólo de 2 asientos en su parte trasera y dejó que les acompañara el padre. Esto limitaba la disponibilidad de los asientos, obligando a uno de los dos sanitarios a ir en la parte de delante.

4.- El paciente, durante el traslado, fue en todo momento estable, consciente, orientado y con buenas constantes vitales. Además fue monitorizado.

5.- A unos 9 kilómetros antes de llegar al hospital el paciente entra en Parada Cardiorrespiratoria, posiblemente como complicación inusual del Crup o un efecto rebote (impredecible) de la adrenalina administrada y que le mejoró en primera instancia.

6.- El médico se incorporó a la parte de atrás y junto a la enfermera comenzaron inmediatamente maniobras de

Resucitación Cardiopulmonar tal y como dicen los protocolos internacionales. Ventiló con ambú, dio compresiones, desfibriló ante una taquicardia ventricular y administró adrenalina intravenosa.

7.- El médico decidió continuar con ventilación con ambú y guedell, en vez de intubar, debido a que subestimó la distancia que le quedaba al hospital y a que no se encontraba en condiciones óptimas para hacerlo dentro de la ambulancia.

8.- En el caso que nos ocupa, existía una alta sospecha de una intubación no exitosa (la PCR se podía deber a un laringoespasmo severo que requería traqueotomía), por lo que esto le reforzó al médico la intención de acercarlo cuanto antes a un intensivista.

9.- El médico de urgencias extrahospitalarias es un médico de Centro de Salud que atiende urgencias, y que sufrió la complicación de una urgencia, convirtiéndose en emergencia (en este caso, hubiera sido idóneo el facultativo de una uvi móvil, pero debido a que estaban cerca del hospital era prioritario llegar cuanto antes).

10.- Al llegar al hospital, el médico entró inmediatamente al hospital para informar, mientras el conductor transportó en sus brazos al paciente, debido a que se atascó la camilla. Dicho recorrido (unos metros), se realizó sin monitorizar y sin guedell, ya que la prioridad era meterlo cuanto antes en el box de reanimación.

11.- Cuando llegó al hospital, el especialista que lo intubó fue el intensivista, no los médicos de urgencias.

12.- Las complicaciones que sufrió x posteriormente en la UVI son las esperables en un proceso hipóxico resultado de una PCR.

13.- Tanto el tratamiento inicial, como durante el trayecto hasta el hospital de la Arrixaca, se realizó acorde a como lo apoyan los Protocolos Internacionales en Reanimación y los hechos que comenta la reclamación como importantes (el que el médico fuera delante, que el niño fuera introducido sin monitorizar al hospital, etc.), no afectaron para nada en su posterior evolución.

14.- La actuación de la dotación humana y el doctor x del centro de salud de Abanilla fue la adecuada y el hecho de que el niño entrara en Parada Cardiorrespiratoria fue una complicación de su patología (Crup), o un efecto adverso de la Adrenalina (efecto rebote). En cualquier caso, impredecibles por su escasa incidencia. Posteriormente a la PCR, el modo de actuar también fue mejor para las circunstancias en las que se encontraban y la preparación del médico".

DUODÉCIMO.- Mediante sendos oficios de 4 de mayo de 2012 se otorgaron trámites de audiencia a las partes interesadas, sin que presentaran alegaciones, aunque sí consta que la reclamante compareció ante el órgano instructor para retirar documentación, entre ella los informes anteriormente referidos (folio 357).

DECIMOTERCERO.- La propuesta de resolución, de 8 de junio de 2012, desestima la reclamación presentada por no haberse acreditado los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

DECIMOCUARTO.- Con fecha 15 de junio de 2012 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de reclamación y procedimiento.

1. La reclamante, que actúa en su propio nombre y en representación de su hijo menor de edad, ostenta la condición de interesada para deducir la presente reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este Dictamen, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el artículo 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del servicio sanitario a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

2. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados deduzcan su pretensión ante la Administración. En efecto, según el artículo 142.5 LPAC el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Añadiendo que 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. Pues bien, en el caso que nos ocupa la reclamación se interpuso el 21 de abril de 2010, antes de que transcurriera el plazo de un año desde que se produjo la actuación sanitaria a la que se imputa un anormal funcionamiento del servicio público (el 29 de noviembre de 2009) por lo que la acción se ha ejercitado dentro del plazo estipulado, aun sin tener en cuenta la fecha de estabilización de las graves secuelas que padece el menor.

3. El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas jurídicas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP, salvo el plazo máximo para resolver, que ha excedido al previsto en el citado Reglamento, si bien ha de destacarse la labor instructora tendente a esclarecer los hechos y la *praxis médica*.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "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". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.

Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.

Ausencia de fuerza mayor.

Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir,

que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo por la denominada "*lex artis ad hoc*" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002).

CUARTA.- Falta de acreditación de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso.

La parte reclamante imputa al Servicio Murciano de Salud una serie de actuaciones anómalas en la asistencia prestada a su hijo el día 29 de noviembre de 2009 por el Centro de Salud de Abanilla y posterior traslado en ambulancia al Hospital Virgen de la Arrixaca, para sostener la relación de causalidad con las graves secuelas que presenta el menor. Dichas imputaciones aparecen adecuadamente identificadas en la propuesta de resolución elevada, que se concretan seguidamente:

1. El médico del Centro de Salud erró en el diagnóstico, pues aunque el Dr. x informara de que el niño padecía un edema agudo laríngeo, en el Hospital Virgen de la Arrixaca se diagnosticó de "laringitis aguda grave".
2. No se monitorizó de forma estricta al niño a su ingreso en el Centro de Salud, a pesar de que en su informe el Dr. x refiere que el estado era grave.
3. No se informó a los padres sobre la posibilidad de trasladar al paciente en una ambulancia con mayores medios.
4. La enfermera que acompañó al niño en la ambulancia no siguió las instrucciones del médico cuando éste le dijo que tuviera preparada una dosis de adrenalina y que le colocara otro pulsioxímetro al niño.
5. Muestra las discrepancias que existen entre los informes iniciales que firma el coordinador del Centro de Salud de Abanilla acerca de la distancia que faltaba para llegar al Hospital Virgen de la Arrixaca cuando paró la ambulancia.
6. Cuestiona la necesidad de realizar la desfibrilación cuando se produjo la parada cardiorrespiratoria.
7. También cuestiona que se realizara ventilación asistida al niño, pues cuando éste llegó al Hospital no portaba cánula de ningún tipo.

8. Igualmente duda que se le aplicara adrenalina, dado que al llegar al Hospital, según informe del Servicio de Urgencias, no se infundía ninguna perfusión en ese momento.

9. Muestra su disconformidad con los motivos que expone el Dr. x para no realizar la intubación del niño, así como con su actitud durante el viaje, al no acompañarlo en la parte trasera y, una vez llegados al Hospital, de bajar inmediatamente de la ambulancia y no continuar ventilando.

Pues bien, tales imputaciones vienen motivadamente refutadas en la propuesta de resolución (folios 368 a 372), basándose para ello en los informes obrantes en el expediente, que no cuestionan la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada ajustada a la evolución del menor y a los medios disponibles.

Por el contrario, tales imputaciones de la parte reclamante sobre la existencia de la relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario no vienen avaladas por criterio médico alguno, cuando la determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a *normopraxis* descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la Medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Pero tampoco la reclamante, en el trámite de audiencia otorgado, ha presentado alegaciones, por lo que no han sido cuestionados los informes de los facultativos intervinientes, al que se suma al evacuado por la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la Sanidad Pública. Tampoco se cuestiona el emitido por la facultativa de la compañía aseguradora especialmente significativo por su vinculación profesional en materia de emergencias del 112.

A modo de resumen, y con sustento en los informes médicos obrantes en el expediente, especialmente el de la Inspección Médica, pueden extraerse las siguientes conclusiones de la asistencia prestada:

1^a) Cuando el día 29 de noviembre de 2009, sobre las 1,30 horas de la madrugada, los padres llevaron a su hijo x, de 2 años y 10 meses, al Centro de Salud de Abanilla (que actuaba como Punto de Atención Continuada, PAC) por una laringitis, al ser examinado por el médico de guardia presentaba una intensa disnea, oyéndose un estridor laríngeo inspiratorio intenso, palidez de piel y mucosas generalizada, todo ello acompañado de tos improductiva con características de crup (folios 247 y 267). El tratamiento del médico en el Centro de Salud es considerado correcto por la Inspección Médica, con oxigenoterapia, canalización de una vía periférica y la administración de corticoides y adrenalina.

2^a) También se considera correcta por la Inspección la decisión de derivarlo a un Centro Hospitalario, constando que se inició el traslado cuando el niño presentaba niveles de saturación del 92-95%, clínicamente había respondido con disminución de tiraje, del estridor y de la tos, con una situación más de alerta, con habla coherente, es decir, se encontraba estabilizado previo al traslado. El médico se comunica con el 061 e informa del estado satisfactorio en ese momento y de su decisión de trasladarle al menor al Servicio de Pediatría del Hospital Virgen de la Arrixaca. El traslado se hizo en una ambulancia disponible en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud, de soporte vital básico, que dispone de aparataje (toma de oxígeno, monitor-desfibrilador, cánulas y demás material de emergencias),

acompañado del médico, de la enfermera y de su padre, éste último por decisión del facultativo para tranquilizar al niño, siendo aconsejable, entre las medidas terapéuticas, no irritar al menor ya que el llanto empeora la obstrucción respiratoria. La enfermera va al lado del niño examinándolo directamente y al monitor, junto al padre, y el médico en el asiento delantero (no hay más asientos). Durante el traslado, conforme se reconoce el escrito de reclamación (folio 5) la enfermera informaba al médico de los valores de saturación (llevaba monitorización continua). El menor iba en posición Fowler, hablaba y estaba consciente, orientado, conforme al testimonio de la enfermera (folio 266), que reproduce sus expresiones.

3ª) Circulando la ambulancia por la Autovía a la altura de Ronda Norte, en la Ciudad de Murcia (testimonio del conductor en el folio 303), el menor pierde la conciencia de forma repentina e inesperada, saliendo una pequeña cantidad de saliva de color rosado a través de la comisura, comenzando a descender la saturación de oxígeno, por lo que la enfermera da un grito de parar la ambulancia, deteniéndose inmediatamente debajo del puente y pasando el médico a la parte trasera para atender al menor, saliendo el padre. La Inspección Médica considera, basándose en una aplicación informática, que se estaba a una distancia de 8 kilómetros del Hospital cuando se produce la parada respiratoria y que ésta es excepcional en el contexto de una laringitis aguda (folio 330, conclusión 5). En todo caso las contradicciones en el informe del Coordinador del Centro de Salud de Abanilla sobre la distancia a la que se encontraba en el Hospital no suponen per se un funcionamiento anómalo del servicio público.

Tanto los informes del médico, como de la enfermera, recogen que se realiza la apertura de la vía aérea mediante cánula de Guedell y ventilación con ambú, primera maniobra de estabilización en un niño con parada respiratoria y que efectúan maniobras de RCP (se le coloca las palas de desfibrilador en el pecho y se inyecta adrenalina en vía venosa), pero la situación no revierte (folio 324), siguiéndose con las maniobras hasta la llegada al Hospital.

Se ha discutido por la parte reclamante si el menor portaba la cánula de Guedell y, por consiguiente, si se le aplicó ventilación con ambú, si bien se ha comprobado su colocación en el historial de Atención Primaria (folio 55), donde quedó reflejada la asistencia en su momento (Antecedente Tercero), además de constar en los informes posteriores evacuados por el médico y la enfermera:

"COLOCO CÁNULA DE GUEDEL PARA APERTURA DE VÍA AÉREA.

MÉDICO COLOCA PALAS DE DESFIBRILADOR EN PECHO PARA VER RITMO CARDIACO Y CONFIRMA TAQUICARDIA VENTRICULAR, POR LO QUE SE REALIZA DESFIBRILACIÓN (EL MÉDICO) SEGUIDA DE MANIOBRAS DE RCP, EL MÉDICO ADMINISTRA DE NUEVO ADRENALINA SC, PERO LA SITUACIÓN NO REVIERTE. SE SIGUE CON MANIOBRAS DE RCP HASTA LLEGADA A URGENCIAS H.U.V.A"

El hecho de que no la llevara en el momento de llegar al Servicio de Urgencias del Hospital, en opinión de la Inspección Médica, se pudo deber a que se cayera en el traslado de la ambulancia a la puerta de urgencias por la situación en la que se produjo, dado que el médico había bajado rápidamente de la ambulancia para alertar al equipo médico que le estaba esperando, siguiendo la enfermera con maniobras de RCP, si bien, el conductor al intentar bajar la camilla con el paciente ésta se estanca y, ante la gravedad de la situación e insistencia de la enfermera, coge al niño en brazos y lo lleva a la camilla de la Sala de Reanimación de la

puerta de urgencias (a unos 9-10 metros), acudiendo de inmediato el personal sanitario de dicho Servicio (folios 266 y 304). En las circunstancias descritas y con la situación de riesgo vital para el paciente, no es descartable lo expresado por la Inspección Médica de que se cayera la cánula, respecto a lo que coincide la perito de la aseguradora al ser un dispositivo pequeño y móvil (folio 345, reverso). Respecto al hecho de que en ese momento se cogiera al menor en brazos y se llevara sin monitorizar (durante el trayecto iba monitorizado), llevando la vía periférica para un acceso vascular que era imprescindible para poder infundir fármacos y líquidos a la puerta de urgencias, no influyó en su evolución posterior en opinión de la citada perito (tampoco lo advierte en su informe la Inspección Médica) pues lo prioritario en ese momento era llevarlo cuanto antes al box de reanimación (folio 346, conclusión 10).

Sobre la decisión de no realizar la intubación en la ambulancia, la Inspección Médica destaca que la de un niño necesita de un personal experimentado en dicha técnica y que los protocolos de RCP pediátricos aceptan retrasar la intubación hasta la llegada al Hospital, manteniendo mientras tanto la ventilación con ambú y mascarilla (lo que se hizo en la ambulancia), siendo intubado por el anestesista de guardia en el Hospital que expresa que "le costó un poco", por lo que la decisión del médico generalista de no intubar, próximo a un Hospital, no es considerado por la Inspección como una infracción de la *lex artis*.

La actuación posterior del Centro Hospitalario no es cuestionada por la reclamante, por lo que no se entra en su valoración.

Finalmente, la Inspección Médica afirma que el pronóstico de una RCP (reanimación cardiopulmonar) en pediatría es malo, con baja supervivencia y entre los supervivientes un alto porcentaje desarrollará secuelas neurológicas. La RCP consiguió salvar la vida al menor, pero no pudo evitar que la oxigenación insuficiente del sistema nervioso central terminase generando una encelopatía hipódico isquémica que ha dejado graves secuelas.

En suma, no se ha acreditado en el presente procedimiento la infracción de la *lex artis*, a la vista de los informes anteriormente expresados y a la ausencia de prueba en contrario por la parte reclamante.

Por último, tampoco se concreta la cuantía indemnizatoria reclamada por parte de la interesada, lo que también aboca a la desestimación de la reclamación.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en cuanto no se acreditan los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.