



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **228/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 26 de agosto 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 Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 2 de noviembre de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **359/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 16 de julio de 2008, x, y, z, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud (SMS), por el fallecimiento de x, esposo y padre de los reclamantes, por entender que el fallecimiento de aquél se produjo debido a la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS).

Los hechos se produjeron, según versión de los reclamantes, del siguiente modo:

- El día 4 de julio de 2007 x, acudió al HGURS a fin de que le realizaran una prueba de alergia (test de provocación con Celecoxib), como consecuencia de lo cual se le produjo una reacción consistente en edema y urticaria, a pesar de lo cual se le dejó marchar de la consulta de alergias, cuando aún no había transcurrido ni una hora de la realización de la prueba.
- Sin llegar a abandonar el recinto hospitalario el paciente sufrió una insuficiencia respiratoria por lo que acudió al Servicio de Urgencias, donde lo tuvieron dos horas sin atender, hasta que finalmente, a instancia de los familiares, fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- En dicha unidad permaneció trece días al término de los cuales falleció, aunque los médicos habían informado a los familiares de que evolucionaba favorablemente e incluso hablaban del pronto regreso a su casa.
- En el fatal desenlace, consideran los reclamantes, que influyó el tiempo de espera de más de dos horas en el Servicio de Urgencias, *"una vez diagnosticado el shock anafiláctico, con independencia de la falta de información y riesgo de dicha prueba médica..."*.

Según los familiares de x su fallecimiento, acaecido el día 17 de julio de 2007, se produjo por el inadecuado tratamiento dispensando en el HGURS, por lo que solicitan se incoe el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reconozca su derecho a percibir una indemnización que no cuantifican.

A la reclamación se acompaña diversa documentación, entre la que figura la acreditativa de la legitimación activa de los accionantes.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación y notificado ello tanto a los interesados como a la compañía de seguros del SMS, la instrucción requiere al HGURS, el envío de la historia clínica del paciente, así como informe de los facultativos que le atendieron.

TERCERO.- El Centro Sanitario mencionado cumplimentó el requerimiento adjuntando la historia clínica del paciente; además se incorporan al expediente los siguientes informes médicos:

- De la Dres. x, y, del Servicio de Urgencias, en el que indican:

"Que el mencionado paciente x consultó en el Servicio de Urgencias sobre las 18:30 horas del día 4 de Julio de 2007 por un cuadro de disnea, sudoración y mareo sin dolor torácico, clínica que se presentó tras aproximadamente una hora y media de pruebas diagnósticas de provocación a celecoxib. Es atendido en primera instancia de modo inmediato por la Dra. x.

A su llegada al Servicio se objetiva según exploración inicial taquipnea, cianosis perioral e hipofonesis global con frecuencia cardiaca de 90 lpm, tensión arterial de 125/70 y saturación de oxígeno de 80%.

Inmediatamente se inicia tratamiento con adrenalina (2 ampollas 1 mg), corticoides (200 mg Actocortina) y broncodilatadores (nebulización de Ventolín 0.5 cc y Atrovent 500 mcg) junto con oxigenoterapia de alto flujo y monitorización continua; pasando tras mejoría clínica inicial a camas de observación a la espera de evolución y resultados.

El paciente es recibido en Observación de camas a cargo del Dr. x. La mencionada mejoría se objetiva por nota clínica evolutiva en hoja de urgencias y gráfica de evolución de enfermería en urgencias, pasando desde su ingreso en la Unidad de Observación de saturación de oxígeno de 80% inicial a 91% a las 20 horas manteniéndose hemodinámicamente estable con tensiones arteriales repetidas en torno a 110/70.

Tras la mencionada estabilización del paciente se reciben (los) primeros datos analíticos objetivos de la situación de llegada del paciente, a saber, gasometría arterial basal con pH de 7.35 y analítica básica de ingreso (Bioquímica, hemograma y coagulación) dentro de la normalidad incluido enzimas cardíacos (CK y troponina) salvo Creatinina de 1.5 mg/dl.

Sobre las 20:30 horas y ante la recidiva del broncoespasmo a pesar de nuevas dosis de corticoides (200 mg Actocortina) y nebulización de broncodilatadores (nebulización de Ventolín 0.5 cc y Atrovent 500 mcg) se comenta el caso con la Unidad de Cuidados Intensivos decidiéndose ingreso a su cargo".

- De la Dra. x, de la UCI, mediante el que se ratifica en el informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva. En este último, que figura incorporado al folio 68 del expediente, en el apartado "evolución", se indica lo siguiente:

"A su llegada se pauta magnesio IV con disminución del broncoespasmo y prevalencia de la clínica de EAP, por lo que se inicia VMNI. Empeoramiento progresivo a pesar de tratamiento intensivo con broncodilatadores, y corticoides por lo que se realiza intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. El paciente presenta gran inestabilidad hemodinámica por lo que se realiza catetersimo derecho que en el momento inicial muestra presiones de enervamiento elevadas, bajo índice cardiaco y altas resistencias vasculares sistémicas. Se realiza nuevo ECO que muestra ascenso del segmento ST en cara inferior. Se habla con los familiares sobre tratamiento fibrinolítico a pesar de los riesgos que la familia asume así como del mal pronóstico del paciente.

El enfermo desarrolla un cuadro de shock con fallo multiorgánico: hemodinámico renal, pulmonar, hepático y de coagulación. La insuficiencia respiratoria del paciente fue muy grave con Saturaciones de O2 muy bajas pese a PiO2 de I Y PEEP alta con hipoventilación que se compensó con bicarbonato y la Rx de tórax mostraba infiltrado muy denso de ambos campos pulmonares. Cuadro compatible con SDRA.

En tratamiento con corticoides a altas dosis, amplia perfusión de volumen con control de presión capilar pulmonar, perfusión de aminos y antibióticos el paciente mejora en los días sucesivos iniciando diuresis (anuria previa) con mejoría de los parámetros renales, hemodinámicos, respiratorios y de coagulación. Presentó poliuria importante que se achaca a fase poliurica de fracaso renal e hiperglucemias importantes que precisan perfusión continua de insulina iv. También presentó durante su evolución fiebre en los primeros días cultivándose en A. bronquial un streptococo pneumoniae sensible al tratamiento con ceftriáxona. En los últimos días nuevamente fiebre y aumento de los infiltrados pulmonares cultivándose en A. Bronquial enterobacter cloacae y en hemocultivo (i) staphilococo coagulasa negativo posible contaminante.

Se recibe de1 servicio de alergia del hospital V. de la Arrixaca resultados dfe IgE específica con resultado positivo para anisakis (1.22 k UAI/ (al parecer el paciente había consumido mariscos el día de su ingreso). Se decide a lo largo del día 11/07 suspensión gradual de la sedación con midazolam ante la situación estable del paciente. Tras más de 24 horas sin sedación y persistir en coma sin respuesta a estímulos se decide realizar EEG que informa de severa depresión de la actividad bioeléctrica cerebral por la presencia de una actividad rítmica de fondo en rango tbeta de 5-6 Hz de frecuencia y muy baja amplitud sin reactividad frente a estímulos sonoros ni apertura y cierre de párpados. Se realiza TAC craneal que informa edema cerebral difuso con colapso de cisternas de la base y IV ventrículo acompañado de múltiples focos hemorrágicos intraparenquimatosos de pequeño tamaño, el mayor de 2cm en hemisferio cerebeloso izquierdo. Clínicamente, y a pesar de medidas antiedema cerebral, el paciente sigue en coma (glasgow 3), sin respuesta a estímulos, pupilas medias arreactivas y ausencia de reflejos de tronco. Se realiza nuevo EEG que muestra un trazado compatible con ausencia de actividad bioeléctrica cerebral. Se retiran medidas de soporte falleciendo el paciente el 17/07/2007. Se solicita la realización de necropsia clínica a la familia que acepta".

CUARTO.- Requerido por el órgano instructor se incorpora al expediente informe del Dr. x, Jefe de Sección de Alergia, del HGURS, del siguiente tenor:

"1. Que el paciente x, fue remitido a nuestra sección de alergología por la Dra. x, (médico de familia C.S. Alquerías), por presentar según consta en hoja de interconsulta, cuadros de Edema Angioneurótico.- en varón de 71 años, con Antecedentes Personales: de HTA en tratamiento con Norvas- que en junio del año pasado presentó edema facial y urticaria tras la toma de un comp. de Ibuprofeno. Y que unos días antes de la consulta, tomó 1 comp. de aspirina por la noche y a las pocas horas comenzó con habones en el cuerpo, presentando a la mañana siguiente edema facial y de labios acompañado de dificultad respiratoria. Estableciéndose tratamiento con corticoides mejorando de su sintomatología. Motivo por el que lo deriva para valoración y estudio alergológico (copia 1).

2. El día 28 de junio de 2007, se atiende en consulta de alergología por la Dra. x, y se le realiza historia clínica alergológica y estudios complementarios, constituidos por: pruebas cutáneas a neumoaérgenos, pruebas cutáneas a alimentos, pruebas cutáneas a látex y anisakis, siendo estos estudios NEGATIVOS. Siendo, el paciente, diagnosticado de rinitis no alérgica; urticaria recidivante y de intolerancia a AINES.

Según protocolo de la sección, se le propone para estudio de provocación con Celecoxib, previa información y firma de consentimiento, para tal estudio, por parte del paciente (copias 2-3-4-5-6).

3. El día 4 de julio a las 15h, se le realiza provocación, administrándole al paciente 100 mgr de celecoxib (mitad de la dosis terapéutica habitual), y a los 60 minutos, presenta cuadro de urticaria con edema facial, sin compromiso respiratorio, tratándole inmediatamente con 80mgr de urbason y 2 ampollas de polaramine, conforme a procedimiento y protocolo, permaneciendo el paciente en todo momento en observación, donde se le realizaban exploraciones y controles tanto por parte de enfermería como por el facultativo Dr. x; no presentando en ningún momento cuadro o componente respiratorio, sino, que el paciente fue mejorando paulatinamente, de su cuadro alérgico hasta quedar asintomático, marchando a casa a las 18h(copia 7). Desconociendo en ese día los hechos acaecidos posteriormente.

4. (Nota aclaratoria) En cuanto a la hora que aparece en la hoja de evolución del paciente; Fecha de creación; (copia 7), es la hora cuando se realiza el informe, o se introducen los datos, no es la hora de alta del paciente".

El consentimiento informado al que se refiere el Dr. x figura incorporado al folio 285 del expediente, y en él se hace constar entre los riesgos típicos de las pruebas a realizar "... (reacciones alérgicas), generalmente menores, excepcionalmente pueden ser graves, hasta el punto de comprometer la vida". El consentimiento aparece firmado por el paciente.

QUINTO.- Trasladado el expediente a la Compañía de Seguros ésta comparece aportando dictamen médico realizado colegiadamente por dos facultativas especialistas en Alergología, en el que, tras resumir los hechos y efectuar las consideraciones médicas que estiman oportunas, concluyen del siguiente modo:

"1. El paciente fue diagnosticado de intolerancia a AINES y conforme a protocolo se le realizó POC con Celecoxib para proporcionarle una alternativa terapéutica.

2. Previa a la realización de la prueba firmó el correspondiente Consentimiento Informado.

3. La reacción sufrida durante la prueba de exposición medicamentosa era imprevisible ya que la práctica totalidad de los intolerantes a AINES toleran el Celecoxib.

4. Una vez que se presentó la reacción, esta fue tratada de manera adecuada.

5. El paciente se fue asintomático del Servicio de Alergia.

6. Presentó un rebrote de la reacción (también inusual) por lo que acudió al Servicio de Urgencias.

7. La actuación de los facultativos del Servicio de Urgencias fue del todo correcta.

8. De la documentación analizada se desprende que todos los facultativos actuaron conforme a Lex artis".

SEXTO.- El 22 de abril de 2012, se emite el correspondiente informe por la Inspección Médica en el que, tras valorar los hechos y la documentación que conforma la historia clínica, alcanza las siguientes conclusiones:

"1. x de 71 años con antecedentes personales de hipertensión arterial e hipercolesterolemia y episodio de urticaria y angioedema facial tras toma de ibuprofeno y nuevo episodio de urticaria y angioedema tras toma de aspirina es remitido a consulta de alergología.

2. Tras historia clínica detallada y realización de pruebas cutáneas negativas con diagnóstico de intolerancia a AINES se propone realización de prueba de provocación oral controlada para facilitarle alternativa terapéutica.

3. Se realiza prueba de provocación oral controlada en medio hospitalario con UCI previa firma de documento de consentimiento informado que consta en documentación clínica.

4. Está constatado en documentación clínica que el paciente acude a consulta de alergología a las 15 horas y salió de consulta a las 18 horas tras superación de episodio de reacción adversa con tratamiento adecuado según protocolo.

5. A los treinta minutos de ser remitido a domicilio acude a Servicio de Urgencias del Hospital por mareo, sensación nauseosa, sudoración profusa y disnea súbita.

6. En Servicio de Urgencias se diagnosticó rápidamente e inmediatamente se aplicó el tratamiento correcto, el paciente estuvo en observación y experimentó una leve mejoría transitoria empeorando a pesar del tratamiento siendo correcta y adecuada la interconsulta con medicina intensiva que decidió el traslado a UCI.

7. El diagnóstico, tratamiento y cuidados en el Servicio de Urgencias son correctos, la estancia a cargo del Servicio de Urgencias hasta el ingreso en UCI no condicionó la evolución imprevisible y desfavorable del paciente.

8. No hemos constatado en documentación clínica anomalías ni errores de diagnóstico en la evolución del paciente en UCI, los diagnósticos clínicos realizados son confirmados tras el estudio post-mortem con los diagnósticos anatomopatológicos finales del estudio.

9. Toda la actuación de los servicios médicos de Alergología, Urgencias y medicina Intensiva es correcta y adecuada a la práctica médica".

SÉPTIMO.- Conferido trámite de audiencia a las partes (reclamantes y aseguradora), los primeros presentan alegaciones mediante las que se ratifican en su escrito inicial y cifran la indemnización solicitada en 160.000 euros, según detalle que figura al folio 347 del expediente.

Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no queda acreditada en el expediente la relación causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño por el que se reclama.

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 2 de noviembre de 2012.

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 y procedimiento.

1. Los reclamantes, en su condición de esposa e hijos del fallecido -usuario del servicio público sanitario-, ostentan la condición de interesados y están legitimados para ejercitar la presente acción de reclamación, a tenor de lo establecido en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva tampoco suscita duda que la actuación a la que los reclamantes imputan el daño que dicen haber sufrido, acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

2. En lo que al plazo se refiere, el Consejo Jurídico coincide con la propuesta de resolución en que la acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC, teniendo en cuenta que el fallecimiento del paciente se produjo el 17 de julio de 2007, conforme al certificado de defunción (folio 8), y la reclamación se presentó el 16 de julio de 2008.

3. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende 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 (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración 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 grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada 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 de éste ha de regirse 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este 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 un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de 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 (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, así, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad, que podría declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que no pudieran evitar la muerte de un paciente, o las lesiones derivadas de una complicación de una

intervención quirúrgica realizada conforme a la *lex artis*, entre otros supuestos posibles.

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. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de 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, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización. Inexistencia.

De las alegaciones presentadas se desprende que el fallecimiento del paciente, por el que se reclama indemnización, se imputa, principalmente, a una invocada defectuosa atención sanitaria dispensada a aquél por el Servicio de Urgencias del HGURS, con motivo de su atención el día 4 de julio de 2007, por un shock anafiláctico, aunque también se señala una inadecuada actuación de los Servicios de Alergología y de Medicina Intensiva de dicho Hospital. En concreto, en los que se refiere al Servicio de Alergología, se cuestiona la necesidad de las pruebas, así como que se le enviara a casa antes de que transcurriera una hora a pesar de los síntomas que presentaba y, por último, que no se les hubiese informado de los riesgos que dichas pruebas entrañaba. Al Servicio de Urgencias se le reprocha que mantuviesen al paciente dos horas en observación sin aplicarle tratamiento alguno. Finalmente, al Servicio de Medicina Intensiva se le atribuye el empeoramiento sufrido por el enfermo, cuando parecía que iba mejorando e incluso se les había dicho que pronto regresaría a casa.

Sin embargo, tales alegaciones carecen manifiestamente de fundamento por varios motivos.

Ante todo, por el hecho de que no se aporta informe médico alguno que avale las afirmaciones de mala praxis que se realizan. Conforme con lo expuesto en la Consideración precedente, ello ya sería motivo para desestimar sin más la reclamación.

Además, los informes emitidos vienen a señalar en primer lugar, que la realización de las pruebas de alergología (provocación oral controlada con Celecoxib) resultaba adecuada conforme a protocolo, con el fin de proporcionar al paciente una alternativa terapéutica, firmando el interesado el correspondiente consentimiento informado, en el que figuraba la posibilidad de que surgieran complicaciones de las que pudiera derivarse el fallecimiento. La reacción adversa que se produjo durante la prueba fue atendida según protocolo y al paciente no se le dejó salir de la consulta hasta que no superó dicha reacción. En el Servicio de Urgencias, en contra de lo manifestado por los reclamantes, el enfermo fue diagnosticado de inmediato y se le prescribió el tratamiento adecuado (según hoja de tratamiento éste se le pautó a las 18:50 horas, tan sólo quince minutos después de su ingreso). Con este tratamiento mejora, pero al sufrir una recidiva de insuficiencia respiratoria se le derivó a la UCI. Finalmente,

señalan los facultativos informantes que no se ha constatado anomalía alguna en las actuaciones llevadas a cabo por esta última Unidad *"los diagnósticos clínicos realizados son confirmados tras el estudio post-mortem con los diagnósticos anatomopatológicos finales del estudio"* (folio 341). Todo lo anterior lleva a concluir a los informes emitidos por la Inspección Médica y por la aseguradora del SMS que la actuación de los servicios médicos regionales fue conforme a *lex artis*; conclusiones que, dada la naturaleza técnica de la cuestión, ha de aceptar este Consejo Jurídico

En consecuencia, no habiéndose acreditado la existencia de infracción a la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria pública dispensada al paciente, no concurre la adecuada relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama, que es jurídicamente necesaria para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, por lo que la reclamación debe desestimarse.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.