



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **253/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 24 de septiembre 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 26 de diciembre de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otro, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **01/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 21 de octubre de 2009, x, y, a través de representación letrada, presentan, en el Registro General del Servicio Murciano de Salud (SMS), reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al citado Organismo por el fallecimiento de su hija, x, acaecido el día 11 de agosto de 2009 y que imputan a los servicios sanitarios de la Administración regional.

Describen lo ocurrido del siguiente modo:

- Su hija, el día 27 de julio de 2009, empezó a sufrir fiebre con mocos, administrándole Mucosan y Dalsy, tratamiento que el 5 de agosto de 2009 fue ratificado por el Pediatra del Centro de Salud del Barrio del Carmen.

- Ese mismo día, como la fiebre no bajaba, trasladaron a la menor al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), donde le diagnosticaron una faringitis vírica, recetándole Febrectal, sin realizarle ninguna prueba más a pesar de que los reclamantes solicitaron que se llevasen a cabo analíticas y las pruebas necesarias para determinar si, como sospechaban, la niña podría padecer una gastroenteritis.

- Al día siguiente, es decir, el 6 de agosto, al no bajar la fiebre acudieron de nuevo al Pediatra del Centro de Salud, que le mantuvo el tratamiento. Por la tarde de ese mismo día, ante la persistencia de los síntomas que ya tenía, a los que se unieron los de tos seca, dificultad para respirar y sueño excesivo, tuvieron que trasladar a la niña al Servicio de Urgencias del Centro de Salud del Infante. Allí les dijeron lo mismo que en el HUVA: que la fiebre tardaría 10 días en remitir y que no era necesario efectuar analítica ni ninguna otra prueba.

- El 7 de agosto la niña seguía con fiebre y se quejaba de dolor de cabeza y de abdomen, por lo que los reclamantes la llevaron otra vez al Servicio de Urgencias del HUVA *"donde le miraron el pulso, los pulmones y le palparon el vientre"*. También le realizaron un análisis de orina y comprobaron el peso y a pesar de que le indicaron a los médicos que no comía y que, a su juicio, debían ingresarla y ponerle un suero, la enviaron nuevamente a su casa indicándole que en verano era normal que los niños no comieran y que le dieran suero oral

- El 11 de agosto por la mañana la menor vomitó lo que sus padres creyeron que era el cola-cao del desayuno, pero que el Pediatra del Centro de Salud, al que acudieron por la tarde, les dijo que el vómito tenía sangre y por eso presentaba ese color oscuro. El médico consideró adecuado ponerle una vía y trasladarla en ambulancia al HUVA. Como no fue posible cogerle la vía y la ambulancia no llegaba, el médico les aconsejó que la llevaran ellos mismos en su coche. Así lo hicieron y una vez llegados a este último centro sanitario, y tras contestar a las preguntas que se les formularon, les dijeron que esperaran fuera y, más o menos a la media hora, les informaron que su hija había entrado en un paro cardiorrespiratorio y que hacían lo posible por salvarla. Diez minutos más tarde les comunicaron que había muerto.

- Practicada la autopsia se obtuvo el siguiente diagnóstico: *"neumonía del lóbulo superior derecho pulmonar en fase de hepatización gris con cultivo positivo para staphylococcus aureus y streptococcus sanguis. Resto de órganos normales, salvo degeneración vacuolar en riñones, pared muscular del intestino y corazón"*.

Para los reclamantes resulta evidente que cuando la menor fue atendida en los distintos servicios médicos (de atención primaria y del HUVA) ya se estaba manifestando la dolencia que le produjo la muerte, pero al no realizarle prueba alguna a fin de verificar el diagnóstico de la citada patología, se dilató la aplicación del tratamiento que hubiese podido evitar su fallecimiento, por lo que solicitan una indemnización de 301.000 euros.

Finalizan su escrito solicitando la práctica de prueba documental consistente en que:

- Por el HUVA, Centro de Salud del Barrio del Carmen y Centro de Salud del Infante, se aporten las historias clínicas de la menor, así como los Protocolos de pediatría de cada uno de ellos aplicables al caso.

- Se incorpore al expediente informe de la ambulancia que iba a trasladar a la niña (si recibió el aviso, cuándo, cuándo llegó y por qué no la trasladó).

- Se aporte informe de los facultativos que atendieron a su hija, así como el correspondiente a la Inspección Médica.

SEGUNDO.- Con fecha 26 de octubre de 2009, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que es notificada a los interesados y a la aseguradora del ente público, a través de la correduría de seguros, así como a la Gerencia de Atención Primaria de Murcia y al HUVA, solicitando la historia clínica de la paciente y los informes de los facultativos que atendieron a la hija de los reclamantes.

TERCERO.- Se incorpora al expediente la siguiente documentación:

1. Del Centro de Salud del Barrio del Carmen, historia clínica de x e informe de los siguientes facultativos:

- De la Dra. x, en el que se indica lo siguiente:

"A lo largo del año 2009, la menor fue vista por mí el día 6 de Agosto, presentando un proceso febril, de 24 horas de evolución, en la exploración, el estado general era bueno, buena coloración de piel y mucosas, auscultación pulmonar normal, buena ventilación en ambos campos pulmonares, murmullo vesicular normal, abdomen blando y depresible sin organomegalias ni masas, rinitis acuosa, faringe roja, signos meníngeos negativos, neurológico normal, sensorio despejado. Con el diagnóstico de fiebre sin foco, fue remitida a su domicilio, con tratamiento antitérmico, ibuprofeno y paracetamol, y observación domiciliaria, indicándole que en caso de persistir la fiebre acudiera de nuevo".

- Del Dr. x, Pediatra, en el que señala:

"El día 11 de Agosto de 2009 acude a consulta la paciente x presentando, a su llegada a consulta, un síndrome emético de larga evolución con fiebre acompañante y exploración clínica donde se aprecia estabilidad hemodinámica con frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial y nivel de conciencia en valores normales y resto de exploración anodina.

Ante la intolerancia a sueroterapia oral en los días previos, según refieren los padres, decido, inicialmente, derivación hospitalaria al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca con sueroterapia i.v. en ambulancia convencional para colaborar en la posterior actuación médica del Área de Urgencias, ya que dicha intolerancia daría lugar a sueroterapia i.v., aún sin signos de deshidratación manifiesta.

Tras fracasar la canalización de la vía i.v. por parte del equipo de enfermería del Centro de Salud Barrio del Carmen y verificando la estabilización hemodinámica de esta paciente, se informa a los padres de la inutilidad de una ambulancia convencional, ya que no hay canalización de vía alguna.

Por ello, les indico que se trasladen al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en su propio vehículo.

Tras cumplimentar un nuevo P10 con los cambios efectuados advierto que ya se han marchado del Centro de Salud con el P10 previo".

2. Del HUVA, historia clínica, Protocolos de actuación e informe del Jefe de Servicio de Pediatría del citado Hospital, en el siguiente sentido:

"x, de 2 años de edad consulta por primera vez en la Sección de Urgencias del Servicio de Pediatría del HUVA a iniciativa de sus propios padres el día 5 de agosto de 2009 a las 23,30 horas por presentar fiebre desde hacía solamente 4 horas, rinorrea y pérdida de apetito. En la exploración realizada, se aprecia que está febril (38.2°C), su saturación de oxígeno es normal (97%) con una evaluación de su estado general considerado como normal; lo que significa que no precisa ninguna actitud terapéutica urgente. Del examen del paciente por órganos y aparatos se concluye que la única anormalidad es una faringe enrojecida con mucosidad, por lo que se establece el diagnóstico de Faringitis aguda. Consta en esa primera exploración que la auscultación cardiorrespiratoria es normal.

El día 7 de agosto vuelve a consultar a las 16.45 horas, por persistir la fiebre, la rinorrea y pérdida del apetito y además también refieren tos seca. No hay vómitos ni diarrea y refieren ligeras molestias urinarias. En la exploración realizada destaca que persiste la fiebre (39.2°C), la saturación de oxígeno es normal (98%), su estado general continúa siendo normal y en la auscultación pulmonar que el murmullo vesicular es normal y que la única anormalidad detectada es la persistencia de la faringe enrojecida por lo que vuelve a considerarse que el diagnóstico es Faringitis aguda.

Finalmente, el día 11 de agosto es remitida con el siguiente informe 'Síndrome febril de varios días de evolución que requirió valoración hospitalaria, presentando actualmente síndrome emético incoercible de 24 horas de evolución, acompañado de unos restos hemáticos Hemodinámicamente estable. TA de 86/43. No sudoración. Discreta palidez oxigena ORL. normal. Abdomen doloroso a la palpación periumbilical con Blumberg negativo. FCR (se refiere a exploración cardiorrespiratoria) normal. JD: (se refiere a juicio diagnóstico): GA (gastroenteritis aguda) + ¿Síndrome de Mallory Weiss? (el expresarlo entre signos de interrogación es una forma habitual de indicar que se trata de una sospecha diagnóstica aún por confirmar), Se deriva en ambulancia con sueroterapia SSF, 180 cc/1ª hora. Ruego valoración analítico-gasométrica e ingreso, si procede'. Durante su estancia en la Sección de Urgencias en la que se realiza una atención inmediata a su llegada se aprecia grave afectación del estado general con saturación de oxígeno disminuida (90%) taquicardia de 190 latidos por minuto (lpm), febril (38.7°C) Palidez cutáneo-mucosa, cutis reticular con revascularización alargada. No exantemas, ni petequias. Pulsos palpables. Mucosas secas. Signo del pliegue negativo. En la exploración del tórax destaca: taquipnea, sin tiraje, con hipoventilación y ruidos de secreciones en hemitórax derecho. Abdomen doloroso de forma difusa, timpanizado, sin viseromegalias y con peristaltismo disminuido. SN: Reactiva con tendencia a la somnolencia. Responde a estímulos, llanto enérgico, moviliza las cuatro extremidades y pupilas isocóricas y reactivas.

En estas condiciones se realiza canalización de vía venosa periférica para administrar suero salino fisiológico (se administran 10 ml/Kg a flujo alto) y se coloca mascarilla para aportar oxígeno. De forma brusca presenta un vómito sanguinolento (en "posos de café") y se produce parada cardiorrespiratoria que no es posible revertir a pesar de 30 minutos de reanimación cardiovascular avanzada. Sólo pudo realizarse una extracción analítica capilar que mostraba pH: 7.23, PCO₂: 33 mmHg, pO₂: 43 mmHg, CO₃H: 13.2 mmol/L, Na: 124 mEq/L, Glucosa 33 mg/dl, anión GAP: 19.1 mEq/l, Hemoglobina 11.3 g/dl, Hematocrito: 35%.

En estudio necrópsico concluye Neumonía de Lóbulo superior derecho en fase de hepatización gris con cultivo positivo a *Staphilococcus aureus* y *Streptococcus sanguis* con Degeneración vacuolar de riñones, pared muscular intestinal y corazón.

De estos hechos el Sr. letrado x abogado de la Asociación el Defensor del Paciente, concluye una defectuosa asistencia debido a que, a su entender deberían haberse ampliado los métodos diagnósticos. A su escrito deseo realizar las aclaraciones siguientes:

1) 'La niña muere de neumonía, enfermedad para la que existe tratamiento efectivo'. En mi opinión esta afirmación debe matizarse convenientemente. Es cierto que existe tratamiento efectivo para la neumonía. Sin embargo, considero que la niña muere padeciendo una neumonía pero fallece porque sufre un shock séptico, (si bien es razonable considerar que su origen es la propia neumonía) y ello porque se encontraba en estado de colapso circulatorio pues manifiesta las siguientes alteraciones:

1. presión arterial baja.
2. palidez cutáneo-mucosa y cutis reticular.
3. taquicardia.
4. saturación del 90% a pesar de escasa dificultad respiratoria lo que puede hacer suponer que se trata de una alteración de la perfusión y no de insuficiencia respiratoria; esta ausencia de insuficiencia respiratoria se corrobora además por la pCO_2 baja que es manifestación de taquipnea e hiperventilación como respuesta del aparato respiratorio a la acidosis metabólica (pH 7.23 con pCO_2 baja, bicarbonatemia baja y anión GAP elevado).
5. acidosis metabólica que puede ser explicada como consecuencia del metabolismo anaerobio provocado por la falta de adecuada perfusión tisular; este hecho puede ser apoyado además, por la elevación del ion lactato (11.5mmol/L) que se produce en esas situaciones de metabolismo anaerobio.
6. hipoglucemia grave que puede ser consecuencia, por un lado del incremento del gasto energético del estado séptico y, por otro de la falta de ingesta consecuencia del cuadro de vómitos de las últimas 24 horas.
7. Por último, la degeneración vacuolar encontrada en órganos como el riñón, intestino y corazón, puede ser también indicativo de afectación multiorgánica propia de la sepsis.

2) El abogado añade posteriormente: 'Efectivamente no se entiende por qué no se ampliaron los métodos diagnósticos si la niña tenía síntomas de neumonía desde hacía varios días, que según la doctrina médica son:' A partir de este punto el abogado enumera toda una lista de síntomas obtenida de páginas web de internet en las que se mezclan frases o palabras en cursiva con otras en letra normal sin que quede claro si unas u otras corresponde o no a síntomas que hubiera presentado la niña. Por lo que respecta a la doctrina médica la sintomatología posible es muy amplia, pero probablemente lo más adecuado para decidir si es necesario realizar exámenes complementarios o no en caso de sospecha de neumonía, sería atender a los criterios clínicos de neumonía definidos por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organisation. 1994. Program for control of acute respiratory infections, 6th program report. WHO/ARÍ/94.33) cuales son: 1) Frecuencia respiratoria (la ausencia de taquipnea excluye la neumonía), 2) Tiraje, 3) Cianosis, 4) Dificultad para la alimentación y 5) Ausencia de sibilancias. En lo que respecta a la asistencia prestada en el HUCA, únicos informes a los que he tenido acceso, tanto el día 5 de agosto como el día 7 la niña no mostraba más que fiebre y dificultad para la alimentación de entre estos 5 síntomas y adviértase que en ninguno de esos días había taquipnea. De hecho diferentes estudios han demostrado que éste es el síntoma de mayor sensibilidad (% de positivos verdaderos) y se cifra en la mayoría en alrededor del 75% y, lo que resulta aún más importante en este caso, la especificidad (% de verdaderos negativos) se cifra, en la mayoría por encima del 85% (Leventhal JM. Clin Pediatr 1982;21:730-4; Zukin DD, et al. Ann Emerg Med 1986;15:792-6; Grossman LK, et al Ann Emerg Med 1988;17:43-6; Gove S et al Lancet 1991;338(8780):1453). Además en ambas ocasiones se expresa que la auscultación es normal (dice textualmente auscultación cardiorrespiratoria normal el día 5 y Buen murmullo vesicular pulmonar con roncus aislados el día 7), por tanto queda excluido que la niña, en esas dos visitas, presentara crepitantes que es el signo auscultatorio con mayor especificidad cifrada entre el 75 y 80% (Leventhal JM. Clin Pediatr 1982;21:730-4; Zukin DD, et al. Ann Emerg Med 1986;15:792-6; Grossman LK, et al Ann Emerg Med 1988;17:43-6). Así pues habida cuenta que la niña no presentaba ni taquipnea ni crepitantes, las probabilidades de que esos dos días en concreto, cursara una neumonía son muy escasas y, por tanto no me parece imprescindible la realización de radiografía de

tórax.

La evolución de la menor durante los días posteriores al 7 de agosto la desconozco por no haber tenido acceso a otra información que la que obra en la historia clínica que se encuentra en el HUVA".

CUARTO.- El día 26 de abril de 2010, el letrado de los reclamantes presenta un escrito del siguiente tenor:

"- Que en el f. 94 del exp. consta informe del jefe de pediatría del HUVA donde en referencia a la asistencia prestada a la niña el 7 de agosto pasado, 4 días antes de morir, se dice que acude con 39'2°C de fiebre.

- Que dicho dato es erróneo, pues como consta en el alta de urgencias, del cual mi parte posee el original escrito a bolígrafo del Dr. x, la temperatura que tenía era de 39'6°C.

- Que en el f 111 del expediente obra la parte del protocolo actuante aportado por el HUVA a nuestra solicitud, en el que se establece para lactantes de tres meses a tres años asistidos de urgencias por fiebre, que en caso de factores de riesgo se habrá de hacer analítica básica (hemograma, PCR, orina elemental, RX de tórax y cultivos); y se establecen como factores de riesgo enfermedad (faringitis), y más de 39'5°C.

- Que a la niña sólo se le hizo un análisis de orina, que además dio positivo para cuerpos cetónicos, positivo que es obviado por el jefe de pediatría en su informe.

Conforme a lo anterior, parece oportuno que se le dé traslado de este escrito al jefe de pediatría del HUVA para que si lo cree oportuno modifique o complete su informe".

Trasladado el escrito al Jefe de Pediatría del HUVA, éste emite informe complementario en el siguiente sentido:

"1. Que me ratifico en que el dato que figura en la historia clínica sobre la temperatura de la niña el día 7 de Agosto a las 16:46 horas era de 39.3°C . Esa era la temperatura medida durante el triaje realizado en urgencias del hospital. El dato de 39.6°C a que se refiere el letrado es la temperatura que la madre dijo que había presentado la niña y que fue motivo de la consulta. Este dato puede comprobarse si se consulta la hoja rellenada por el/la enfermero/a con motivo del triaje. El error fue, al parecer, del Dr. x al corregir el dato en el informe.

2. Que en el protocolo efectivamente aparece 39.5°C como factor de riesgo para realizar exámenes complementarios y, como queda dicho, no se alcanzaba tal temperatura. Por otro lado, la faringitis es el diagnóstico que se establece de la enfermedad aguda que aqueja a la niña y, por tanto, no puede ser considerada como enfermedad previa que suponga un riesgo añadido.

3. Que la presencia de cuerpos cetónicos en orina significa únicamente que está produciéndose lipólisis consecuencia de un periodo prolongado de ayuno, lo que es muy posible en esta niña que estaba durante 3 días con menor apetito. Este dato no tiene significado de diagnóstico o gravedad en el proceso infeccioso que sufrió la paciente".

QUINTO.- Consta la interposición por los reclamantes del recurso Contencioso Administrativo ante la Sala correspondiente del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia (procedimiento ordinario 359/2010), contra la desestimación presunta de la reclamación.

SEXTO.- La compañía aseguradora aporta dictamen realizado colegiadamente por tres facultativos, especialistas en Pediatría, quienes, tras realizar las consideraciones médicas que estimaron oportunas, alcanzan las siguientes conclusiones:

"1. x nace el 16 de marzo de 2007. No presenta antecedentes personales ni familiares de interés. El 5 de agosto de 2009 consulta en Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca por fiebre de 39° C de 4 horas de evolución con rinorrea e hiporexia. A la exploración presenta faringe hiperémica. Se diagnostica de faringitis viral y se recomiendan antitérmicos. Al día siguiente es valorada por la mañana por su pediatra, no hay cambios en la exploración y no se modifica el tratamiento, y por la tarde en otro centro de salud, en el que tampoco se observan cambios y se mantiene el mismo diagnóstico y tratamiento. El 7 de agosto es nuevamente valorada en Urgencias, no existen cambios significativos en la exploración ni en la anamnesis. Se realiza un análisis de orina que es normal y se mantiene el mismo diagnóstico y tratamiento. El 11 de agosto es derivada a Urgencias por su pediatra al presentar vómitos incoercibles, hematemesis y dolor abdominal. En el hospital presenta mal estado general, dificultad respiratoria, saturación de oxígeno del 90%, cutis reticular e hipoventilación en hemitórax derecho. Se realiza una gasometría en la que presenta acidosis metabólica, hiponatremia e hipoglucemia. Se inicia expansión de volemia y oxigenoterapia. Al poco tiempo presenta un vómito hemático tras el que inicia parada cardiorrespiratoria. Las maniobras de reanimación avanzada tras 30 minutos no son efectivas, siendo éxitus. Tras la necropsia el diagnóstico final es de neumonía del lóbulo superior derecho con cultivos positivos para Staphylococcus aureus y Streptococcus sanguis.

2. El 5 de agosto la exploración es normal salvo hiperemia orofaríngea. El diagnóstico y el tratamiento son correctos. El 6 de agosto no existe empeoramiento del estado general ni cambios en la exploración. El diagnóstico y el tratamiento son correctos. La persistencia de la fiebre es algo esperado en una faringoamigdalitis viral y no implica ningún agravamiento. Las actuaciones médicas en todas las visitas realizadas entre el 5 y el 7 de agosto se ajustan a los protocolos, y por tanto a lex artis ad hoc.

3. El 11 de agosto aparecen nuevos síntomas que sí hacen sospechar un empeoramiento clínico, por dicho motivo se solicita valoración hospitalaria y a la llegada al hospital se inicia la realización de pruebas complementarias.

4. La neumonía tiene tratamiento siempre y cuando existan datos clínicos que nos permitan sospechar su diagnóstico. X no presenta ningún hallazgo a la exploración física ni hay datos en la anamnesis que nos hagan sospechar dicha enfermedad durante las visitas de los días 5, 6 y 7 de agosto.

5. La evolución fue inesperada y el desenlace fatal pero estuvo relacionada con la gravedad de la enfermedad infecciosa que padeció, no con una falta del cumplimiento de la lex artis ad hoc, por parte de todos los facultativos

que la atendieron, que actuaron de forma correcta y ajustada a los protocolos actuales".

SÉPTIMO.- Los reclamantes presentan un escrito de fecha 9 de febrero de 2011, en el que indican que, revisado el expediente, se constata que no se ha incorporado informe de la facultativa Dra. x, que fue la que dio de alta a la menor cuando ésta presentaba 39,6º de temperatura, por lo que solicitan se recabe dicho informe, así como que se constate que la citada facultativa es especialista en pediatría.

Requerida al efecto la Dra. x, especialista en medicina familiar y comunitaria, aporta el siguiente informe:

"1º Que ratifico íntegramente el contenido del Informe de Urgencias que es suscrito por mí, de mi propio puño y letra, en fecha 7/8/09.

2º. Que la temperatura que se tuvo en cuenta para el posterior tratamiento y proceder al alta hospitalaria fue la temperatura ótica, realmente tomada en la valoración del triaje de 39,3º, y sin perjuicio de que la referida por el paciente fuera 39,6 a su llegada a urgencias.

3º. Que en la fecha indicada, era Facultativo Interno Residente de 4º año".

OCTAVO.- Los interesados comparecen en el expediente para hacer constar que de los últimos informes incorporados al mismo se desprende indubitadamente que se actuó de forma contraria a lo que marcan los protocolos. Alegan que la temperatura que presentaba la menor en la exploración correspondiente al día 7 de agosto era de 39,6ºC y que si se detectaban diferencias con la tomada vía ótica (39,3ºC) se tenía que haber comprobado utilizando la vía rectal. Finalmente señalan que la Dra. x carecía de la suficiente cualificación profesional, al no tener la especialidad en Pediatría.

NOVENO.- Solicitado el informe de la Inspección Médica, es evacuado el 18 de julio de 2012 con las siguientes conclusiones:

"1. X paciente de 2 años de edad sin antecedentes médicos conocidos, vacunación reglada, sin tratamientos crónicos, ingresos hospitalarios ni cirugías previas consulta por fiebre de hasta 39ºC y es diagnosticada de faringitis viral.

2. Se realizan cuatro consultas en las que el cuadro clínico que presenta es similar no apareciendo signos ni síntomas específicos de un proceso neumónico ni un empeoramiento en el estado general, coinciden en la actitud diagnóstica y terapéutica hasta cuatro profesionales distintos realizando un diagnóstico acorde con el cuadro clínico y la exploración física de esos momentos, faringitis viral con tratamiento sintomático y recomendación de observación.

3. Desde la primera consulta en el Servicio de Urgencias del día 5 a las 23,30 horas hasta la consulta del día 7 a las 16,45 horas transcurren aproximadamente 42 horas, la primera toma de temperatura en triaje es de 38,2°C y la segunda de 39,3°C esta permanencia de la fiebre se puede dar en el contexto del diagnóstico realizado (faringitis viral aguda) sobre todo si apenas han pasado 42 horas.

4. El protocolo facilitado por el Servicio de Urgencias se cumple ya que fundamentado en la ausencia o presencia de factores de riesgo en ese momento la paciente, presenta como enfermedad faringitis aguda que no es una enfermedad previa al proceso que suponga un riesgo añadido, presenta fiebre según triaje menor de 39,5°C, no está tomando antibióticos, no ha tenido ningún ingreso hospitalario, el nivel de conciencia es normal, la coloración de la piel es normal, no presenta petequias, la hidratación es buena, la perfusión periférica es normal y además no presenta en esos momentos ninguno de los síntomas y signos propios para sospechar un proceso neumónico, no hay taquipnea, crepitantes ni áreas de hipoventilación pulmonar y la saturación de oxígeno no está alterada no hay pues ningún dato clínico que hiciera sospechar un proceso neumónico.

5. No existe en documentación clínica ninguna otra consulta hasta cuatro días después de la última en que acude a consulta de pediatría de Centro de Salud con un claro empeoramiento de la sintomatología siendo derivada a Servicio de Urgencias hospitalario donde tras anamnesis, exploración física y prueba de gasometría capilar que presenta acidosis metabólica. Se canaliza vía periférica y se inicia expansión de volemia. Se administra O2 normalizándose la Sat. de O2 y al poco tiempo la paciente presenta de forma brusca vómito con contenido en 'posos de café' tras el cual inicia parada cardiorrespiratoria con asistolia. Se instauran maniobras de reanimación que se mantiene durante 30 minutos persistiendo la PCR siendo éxitus. Se realiza necropsia que establece como diagnóstico Neumonía del lóbulo superior derecho pulmonar en fase de hepatización gris con cultivo positivo para staphylococcus aureus y streptococcus sanguis.

6. La enfermedad que presentó la paciente no fue previsible ni evitable, su evolución fue insospechada y no es posible diagnosticar una enfermedad que no presenta sus síntomas habituales.

7. La actuación del Servicio de Urgencias y pediatras es correcta y adecuada al cuadro clínico de esos momentos en concordancia con los protocolos diagnósticos y terapéuticos actuales".

DÉCIMO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes interesadas, comparecen los reclamantes y formulan alegaciones en las que, en síntesis, vienen a ratificar su pretensión inicial al considerar que ha quedado acreditado por la documentación que obra en la historia clínica, que la menor fue dada de alta por la Dra. x, muy probablemente sin cualificación profesional para hacerlo, cuando la temperatura que presentaba, 39,6°C, obligaba a la realización de más pruebas que hubiesen permitido diagnosticar la neumonía que sufría y que, finalmente, le produjo la muerte.

UNDÉCIMO.- Con fecha 10 de diciembre de 2012, se redacta por el órgano instructor la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que en ella no concurren los requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen mediante escrito recibido el 26 de diciembre 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.

Los reclamantes, en su condición de padres de la paciente fallecida, usuaria 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 de la Administración regional, no existen dudas acerca de la titularidad pública de los centros sanitarios en los que se produjo la atención a la que se imputa el daño.

La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar.

El procedimiento ha seguido, en líneas generales, el establecido para la tramitación de este tipo de reclamaciones por la LPAC y el RRP. No obstante, cabe destacar las siguientes cuestiones:

- La ausencia de prueba por parte de los reclamantes de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, es atribuible en exclusiva a los mismos. En el presente supuesto los informes médicos de los facultativos que atendieron a su hija en los distintos centros médicos a los que acudieron, de la Inspección Médica y de la aseguradora del SMS sólo han sido cuestionados por los interesados con base en sus propias aseveraciones, no avaladas por informe pericial alguno. Cabe aquí recordar lo manifestado reiteradamente por este Órgano Consultivo en numerosos Dictámenes emitidos en supuestos similares al que nos ocupa, sobre el carácter de prueba necesaria y esencial que en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por pretendidos errores médicos o defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba pericial, como de forma contundente expresa la sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 27 de junio de 2001, según la cual "*quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de*

Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial (...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos (...) al carecer este Tribunal de conocimientos oncológicos".

- De otra parte, la circunstancia de que se haya interpuesto por los reclamantes ante la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Murcia el correspondiente recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta, no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (art. 42.1 LPAC) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, pues la reclamantes podría desistir o solicitar la ampliación del recurso contencioso administrativo a la resolución expresa. En todo caso convendría que el departamento consultante actuara coordinadamente con la Dirección de los Servicios Jurídicos de la Comunidad, en su condición de centro superior directivo de los asuntos contenciosos en los que es parte la Administración regional (art. 4.2 de la Ley 4/2004, de 22 de octubre, de Asistencia Jurídica de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia).

TERCERA.- Sobre el fondo del asunto.

I. Cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, y así se prueba en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurre aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos, normalmente, serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados (por todos, nuestro Dictamen 56/2005). La *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica *ad hoc*, en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la *lex artis* venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina para efectuar el juicio clínico que es el diagnóstico (Dictamen 191/2006).

II. Para los reclamantes, los facultativos que atendieron a su hija en todas las asistencias sanitarias que recibió y, muy especialmente, en la que se le dispensó el día 7 de agosto en el Servicio de Urgencias del HUVA, cometieron un error de diagnóstico, al considerar que la enfermedad que aquejaba a la niña era una faringitis vírica, cuando en realidad padecía una neumonía.

Atendido el objeto de la reclamación, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios, bien por escatimar la Administración pruebas y recursos que hubieran revelado la verdadera naturaleza de la enfermedad, bien por ser los facultativos que atendieron a la paciente incapaces de diagnosticarla con las pruebas practicadas.

La determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al temprano diagnóstico de la enfermedad y si los facultativos valoraron adecuadamente los síntomas y resultados de las pruebas realizadas, se convierte en

cuestión nuclear del problema, en orden a calificar el daño sufrido como antijurídico y para poder dilucidar si existe o no nexo causal entre aquél y la actuación de la Administración.

Y es que la obligación que incumbe a la Administración en la prestación sanitaria es, como ya se ha dicho, de medios, no de resultados, pues si bien no se le puede exigir una curación en todos los casos, dado el carácter contingente de la salud y la vida de los pacientes, sí que viene compelida a prestar la asistencia sanitaria con el despliegue de todos los medios a su alcance. De no hacerlo así, o de no acreditar su efectiva utilización, el daño devendrá en antijurídico.

Aplicado al supuesto objeto de consulta, la antijuridicidad del daño y el nexo causal entre la actuación administrativa y el daño sufrido, derivarían de la no aplicación de todos los medios diagnósticos adecuados y de una valoración médica errónea de los datos aportados por las pruebas practicadas (anamnesis, constantes vitales y exploración física), cuestiones que aparecen íntimamente relacionadas con el criterio jurisprudencialmente configurado de la *lex artis*.

Determinar en qué medida en la asistencia facilitada a la menor en las consultas efectuadas en los días antes indicados, podía ya haberse identificado la verdadera etiología de la dolencia que presentaba, bien con las técnicas exploratorias utilizadas bien mediante la realización de otras complementarias, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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 (LEC)-, resultaba trascendental la aportación de un informe pericial -el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por 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-. Ante la ausencia en el procedimiento de informes periciales que sustenten las alegaciones de los reclamantes, no existen suficientes elementos probatorios que demuestren o, al menos, permitan inferir que en atención a los signos y manifestaciones de enfermedad que mostraba la paciente, pudiera detectarse la verdadera naturaleza de su mal.

Frente a esta falta de actividad probatoria de parte, la Administración sanitaria, a través de su Inspección Médica, y la compañía de seguros del SMS, realizan un detallado análisis de la asistencia prestada, efectuando un positivo juicio crítico de aquélla a la luz de la *lex artis*.

Así, la Inspección señala en su informe que del análisis de la documentación clínica de las consultas hasta el día 7 de agosto inclusive, realizadas por los pediatras y el servicio de urgencia del HUVA, no se constata la aparición de ninguno de los síntomas y signos propios para sospechar un proceso neumónico, como lo es la taquipnea que constituye el síntoma clínico más fiable para el diagnóstico de esta dolencia. Indica que *"la ausencia combinada de taquipnea, crepitantes en la auscultación pulmonar y áreas de hipoventilación excluyen, con una especificidad del 100%, la posibilidad de neumonía. No hay taquipnea, crepitantes, ni áreas de hipoventilación pulmonar y la saturación de oxígeno no está alterada, no hay, pues, ningún dato clínico que hiciera sospechar un proceso neumónico hasta la consulta del día 7 inclusive"*. El cuadro clínico que presenta la niña en estas consultas es similar y el diagnóstico es coincidente para cuatro facultativos: faringitis viral. Añade que *"desde la primera consulta en el Servicio de Urgencias del día 5 a las 23:30 horas hasta la consulta del día 7 a las 16:45 horas transcurren aproximadamente 42 horas, la primera toma de temperatura en triaje es de 38,2°C y la segunda de 39,3°C, esta permanencia de la fiebre se puede dar en el contexto del diagnóstico realizada (faringitis viral aguda), sobre todo si apenas han pasado 42 horas"*.

Respecto de la temperatura que presentaba la menor se suscita en el expediente un debate sobre si era, en la consulta del día 7, mayor o menor de 39,5°C. Cuestión que se plantea porque, según el protocolo de actuación aplicable en el HUVVA, una temperatura superior a la señalada sin foco conocido, se considera un factor de riesgo de infección bacteriana e implica la necesidad de realizar pruebas complementarias. Al respecto el informe de la aseguradora señala que *"no nos encontramos ante una fiebre sin foco, ya que existe un juicio diagnóstico de faringoamigdalitis aguda viral. No es correcto utilizar los protocolos de fiebre sin foco cuando existe un foco para la fiebre"*. Pero es que, se añade, aun admitiendo que el protocolo resultase de aplicación, no toda la literatura científica coincide en la necesidad de realizar una analítica de sangre o una radiografía de tórax cuando la fiebre supera dicha cifra. Sí existe consenso sobre la necesidad de llevar a cabo una analítica de orina, lo que sí que se hizo en este caso. Afirman los doctores informantes que *"nos encontramos ante un síndrome febril con foco, diagnosticado como habría hecho cualquier otro pediatra de faringoamigdalitis viral (de hecho hasta 3 pediatras diferentes coinciden con el mismo diagnóstico), sin empeoramiento en el estado general ni en la escala de YIOS y sigue sin existir riesgo de infección bacteriana grave, por lo que nos parece correcto el planteamiento de no realizar más pruebas complementarias, independientemente del valor en grados Celsius de la temperatura corporal"*. La persistencia de la fiebre, afirman, es normal para el cuadro clínico del que estaba diagnosticada y no es indicativo de un agravamiento. Finalmente, señalan que si, realizadas pruebas complementarias *"y suponiendo que en ellas se hubiese podido encontrar una radiografía de tórax alterada o datos en la analítica que hicieran sospechar una infección bacteriana, e incluso valorando como solicitan los demandantes la posibilidad de un ingreso, debe tenerse en cuenta que todos los protocolos actuales de neumonía adquirida en la comunidad y faringoamigdalitis aguda sugieren utilizar como antibioterapia empírica penicilina V, ampicilina o amoxicilina, para cubrir bien el estreptococo beta hemolítico del grupo A o bien el neumococo. Es muy importante indicar que ninguno de estos antibióticos es útil para tratar infecciones estafilocócicas, por lo que aún en el caso de haber solicitado las pruebas complementarias que solicitan los demandantes el tratamiento aplicado según los protocolos habría sido inefectivo..."*.

Todos los facultativos que han informado en el expediente han coincidido en afirmar que no fue hasta la consulta efectuada el día 11 de agosto cuando aparecieron nuevos síntomas que sí hacen sospechar un empeoramiento clínico: vómitos incoercibles con restos hemáticos, abdomen doloroso y distendido, dificultad respiratoria, palidez cutánea, mal estado general, taquipnea, disminución de la saturación de oxígeno del 90%, cutis reticular con revascularización alargada, mucosas secas, auscultación cardiopulmonar con hipoventilación, ruidos de secreciones en hemitórax derecho y somnolencia, ante lo cual la asistencia que se dispensó a la menor fue rápida y ajustada a normopraxis; el pediatra que la atendió en el Centro de Salud la remitió al HUVVA para exploración hospitalaria y en este último centro se inició la realización de las pruebas complementarias que resultaban obligadas, aunque la menor entró en shock séptico y falleció. Se afirma en el dictamen de la aseguradora que *"la causa de su rápida evolución hacia un cuadro de neumonía necrotizante por estafilococo con posterior desarrollo de shock séptico, parada cardiorrespiratoria y posteriormente éxitus es insólito, infrecuente e inesperado, pero no está relacionado con ningún retraso en el diagnóstico ni con ninguna falta médica..."*.

Debe coincidir, pues, con la propuesta de resolución dictaminada en que no sólo los reclamantes no acreditan con informe médico alguno la existencia en el caso de una mala praxis médica, sino que los informes emitidos por la aseguradora del SMS y la Inspección Médica de la Consejería consultante vienen a señalar la corrección del seguimiento de la niña durante las diversas asistencias sanitarias prestadas, reseñando la adecuada actividad desplegada en todas y cada una de ellas, lo que lleva a los informes antes indicados a concluir que la patología fue diagnosticada el día 11 de agosto por aparecer sólo entonces, y no antes, suficientes síntomas sugestivos de aquélla; parecer médico que, resumido en las conclusiones de tales informes, y que se dan aquí por reproducidos, ha de aceptar este Consejo Jurídico, dada la naturaleza técnica de la cuestión.

En consecuencia, no acreditándose la existencia de daños imputables al funcionamiento de los servicios sanitarios regionales ni, en cualquier caso, la existencia, en la actuación de éstos, de una infracción a la *lex artis ad hoc* que determinase una adecuada relación de causalidad entre tales daños y el funcionamiento de dichos servicios, no puede reconocerse la responsabilidad patrimonial pretendida.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, toda vez que no se advierte la concurrencia de los requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.

