



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **182/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 17 de julio de 2017, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmra. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 15 de noviembre de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otro, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **321/16**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 5 de octubre de 2015, x, y, asistidos de Letrado, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración regional por los daños derivados de la muerte de su hija x, que imputan a una defectuosa asistencia sanitaria prestada por el Servicio Murciano de Salud (SMS)

De conformidad con el relato fáctico de los reclamantes, el 5 de octubre de 2014, la hija de los reclamantes, de un año de edad, presentó un cuadro de vómitos con fiebre, por lo que acudieron al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Bullas sobre las 00:15 h de dicho día.

Fueron remitidos al Hospital Comarcal del Noroeste, de Caravaca de la Cruz, llegando a la 1:14 h. En Urgencias se diagnosticó un síndrome emético con intolerancia oral absoluta, con probable viriasis y febrícula de 24 horas de evolución. Sólo se le realizó una exploración física y le prescribieron Motilium para los vómitos y suero oral con dieta blanda. La niña había vomitado 2 veces durante el día anterior, domingo. En urgencias la niña vomitó negro. El facultativo que la atendió les dijo que era normal que la niña vomitase alguna vez más. Se le dio el alta el día 5 de octubre a las 2:32 horas.

El 6 de octubre, por la mañana, la niña vomitó más cantidad y negro, por lo que la madre la llevó al Centro de Salud de Bullas sobre las 11 horas. Desde allí fue trasladada en ambulancia del 061 al Hospital de Caravaca, por sospecha de sepsis séptica, en donde ingresó a las 13:34 h. por mal estado general y cuadro de vómitos de 72 horas de evolución, con empeoramiento progresivo con decaimiento y tendencia al sueño.

En el Hospital se le hace una ecografía abdominal urgente, que concluye que existe una obstrucción intestinal probablemente secundaria a hernia interna. La niña falleció a las 16:00 horas.

Se le realizó autopsia que determinó que la causa de la muerte era un infarto de asa intestinal y peritonitis fibrino purulenta.

Consideran los reclamantes que si el día 5 de octubre se hubieran realizado una ecografía y un análisis de sangre habría podido diagnosticarse la obstrucción intestinal y se habría actuado en consecuencia, evitando el fallecimiento de la niña.

Solicitan los reclamantes una indemnización de 150.000 euros a tanto alzado sin indicación de los criterios o parámetros utilizados para el cálculo de dicha suma.

Se aporta junto a la reclamación diversa información clínica del proceso asistencial, el informe de autopsia, copia ilegible de una reclamación presentada ante el Servicio de Atención al Paciente, y Auto del Juzgado de Instrucción nº 3 de Caravaca, por el que se decreta el sobreseimiento provisional de la causa que había sido incoada de oficio.

SEGUNDO.- Una vez subsanado el defecto de acreditación de la legitimación activa de los reclamantes mediante la aportación de una copia del Libro de Familia, la reclamación es admitida a trámite por Resolución del Director Gerente del SMS de 18 de noviembre de 2015, que ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario. Éste procede a dar traslado de la reclamación a la Gerencia del Área de Salud IV y a la del 061, solicitando copia de la historia clínica de la niña y los informes de los profesionales que la atendieron, así como a la asesoría jurídica del SMS, a su aseguradora -por conducto de la correduría de seguros- y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

TERCERO.- El Director Médico de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 remite la documentación solicitada e informa de todas las actuaciones realizadas.

CUARTO.- Desde la Gerencia del Área IV se remite copia de la historia clínica de la niña, así como sendos informes del facultativo de Urgencias que atendió a la niña en el Hospital el 5 de octubre de 2014 y del Pediatra que le prestó asistencia durante su ingreso el día 6 de octubre.

El informe del médico de Urgencias es del siguiente tenor:

"...presté asistencia sanitaria el citado día comenzando con el interrogatorio común en urgencias que incluye qué le ocurre y desde cuando le ocurre. La madre indicó que la paciente tenía vómitos muy intensos de contenido alimenticio (gástrico) y que había defecado por última vez el día anterior.

Inmediatamente realicé el triángulo de evaluación pediátrica, donde aprecio completa normalidad en los tres aspectos que valora (apariencia-aspecto, trabajo respiratorio y circulación cutánea), pues la paciente estaba

durmiente pero reactiva dentro de la normalidad, sin signos que denotasen dolor ni postura antiálgica, con coloración rosada, sin frialdad, sin dificultad respiratoria.

Posteriormente realizo la exploración física donde no objetivo signos de deshidratación de piel ni de las mucosas, ni anomalías en la exploración del abdomen como defensa abdominal involuntaria, abdomen en tabla ni distendido, así como ausencia de signos de meningismo.

Dados los datos de apariencia y exploración que me encuentro, no creo necesario solicitarle pruebas complementarias en ese momento, y sigo el protocolo habitual de actuación ante vómitos en pediatría, que consiste en rehidratación oral en urgencias y administración del fármaco indicado en caso de vómitos con sospecha de gastroenteritis aguda (ondasetrón ajustado al peso).

Aproximadamente una hora después se vuelve a valorar a la paciente, y dado que no ha vomitado y sigue presentando buen aspecto general, no creo necesario interconsulta con el pediatra ni pruebas complementarias, por lo que le indico continuar en su domicilio con la rehidratación oral como ha hecho el tiempo de estancia en urgencias".

El informe del Pediatra que atendió a la niña el 6 de octubre de 2014 relata el proceso desde que llega a Urgencias del Hospital y la tórpida evolución de la paciente hasta su desgraciado fallecimiento.

A la luz de las conclusiones de la autopsia, que sitúa la causa inmediata de la muerte en un shock séptico y la causa inicial en un infarto de asa intestinal, el Pediatra evaca el siguiente informe:

"Entre los hallazgos positivos destaca la presencia de un asa de intestino delgado rotada en torno a la rama de un vaso que hace de eje de rotación. El segmento afecto se halla deslustrado, de color negruzco y la serosa aparece ocupada por material blanquecino de aspecto fibrinoso.

Los hallazgos descritos son compatibles con un volvulo intestinal secundario a una malrotación intestinal. Ambos justifican los cuadros de obstrucción intestinal y shock séptico grave secundario que padecía la paciente en el momento de su atención el día 6-10-14 que fueron responsables de su fallecimiento.

La malrotación intestinal es un cuadro clínico raro, producido por una malformación congénita. Se estima que es sintomática en 1 de cada 6.000 recién nacidos vivos. La mayoría de los casos se diagnostican antes del año de vida. Sin embargo, se estima que sólo 3 de cada 4 niños son diagnosticados antes de los cinco años, dado que los síntomas iniciales pueden no ser específicos de la enfermedad y simular los de otras enfermedades comunes.

El síntoma de presentación más frecuente de la malrotación intestinal son los vómitos, lo que complica su diagnóstico precoz. Éstos pueden ser producidos por una amplia variedad de enfermedades con afectación de muy diferentes órganos vitales y con una gran diferencia en las implicaciones para la salud. En la mayoría de los casos, la causa de los vómitos puede ser determinada de la historia y la exploración física sin necesidad de

pruebas complementarias adicionales.

El vólvulo intestinal es una complicación del malrotación intestinal que constituye la forma de presentación clínica hasta en el 22% de los niños mayores. Suele presentarse de manera aguda, aunque algunos casos pueden aparecer como volvulación intermitente a lo largo de semanas, meses o años. Cuando la malrotación intestinal se complica con un vólvulo, existe potencialmente riesgo vital y se requiere una evaluación y tratamiento de emergencia.

La volvulación intestinal en niños se asocia a una alta tasa de mortalidad, incluso en aquellos pacientes sometidos a un tratamiento quirúrgico (hasta un 28%). Los principales factores relacionados con alto riesgo de mortalidad son la presencia de necrosis intestinal asociada, la existencia de otras anomalías congénitas, y la edad temprana. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la cirugía no se ha asociado con un riesgo incrementado de mortalidad".

QUINTO.- Recabado el preceptivo informe de la Inspección Médica, no consta que haya sido evacuado.

SEXTO.- La aseguradora del SMS remite informe médico pericial evacuado por un especialista en Pediatría, que concluye:

"1. En la primera valoración llevada a cabo en el Hospital no existían datos que hicieran necesaria la realización de pruebas complementarias. Por tanto se actuó según lex artis ad hoc.

2. El tratamiento llevado a cabo en la primera valoración hospitalaria fue correcto, asegurando una correcta tolerancia oral en el momento del alta.

3. En la segunda consulta realizada, la paciente presentaba afectación del estado general, abdomen distendido y vómitos fecaloideos. En esta circunstancia sí debía tenerse en cuenta una etiología susceptible de cirugía, tal y como se sospechó.

4. La actuación llevada a cabo en la segunda consulta hospitalaria se considera igualmente correcta".

SÉPTIMO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados en el procedimiento, no consta que se haya hecho uso del mismo mediante la aportación de alegaciones o justificaciones adicionales.

OCTAVO.- Con fecha 2 de noviembre de 2016, la unidad instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al no constar acreditada la concurrencia de los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el fallecimiento de la niña, toda vez que

no se ha probado en el expediente que se hubiera infringido la *lex artis* en la asistencia prestada a la pequeña.

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, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen jurídico aplicable, legitimación, plazo y procedimiento.

I. La LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), Disposición derogatoria única, párrafo 2, letra a), la cual, junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración. No obstante, a tenor de lo que establece la Disposición transitoria tercera, letra a) LPACAP, a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior. Por tanto, la nueva regulación será aplicable a los procedimientos de responsabilidad patrimonial iniciados a partir del día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPACAP), no siendo el caso del sometido a Dictamen.

II. La acción de exigencia de responsabilidad se ejerce por los padres de la paciente fallecida, quienes sufren el daño moral derivado de la pérdida afectiva ocasionada por la muerte de un familiar tan cercano, lo que les confiere la condición de interesados y, en consecuencia, la legitimación activa para reclamar la reparación de dicho daño (arts. 31 y 139 y ss LPAC).

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular de la función pública de asistencia sanitaria de la población y de los centros sanitarios donde se atendió a la paciente y a cuyo personal se imputa el daño padecido.

III. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar, toda vez que la muerte de la paciente se produce el 6 de octubre de 2014 y la acción se ejercita el 5 de octubre de 2015.

IV. El procedimiento ha seguido, en líneas generales, el establecido para la tramitación de este tipo de reclamaciones por la LPAC y el RRP, con la excepción del plazo máximo para dictar y notificar la resolución, que ya ha excedido en mucho el de seis meses establecido por el artículo 13 RRP.

En relación con la decisión de continuar el procedimiento sin que haya evacuado el informe la Inspección Médica en el plazo de tres meses, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en fecha 27 de mayo de 2011, este Órgano Consultivo muestra su conformidad con tal decisión en el presente caso, puesto que concurre el supuesto considerado en nuestro Dictamen núm. 193/2012: *"sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5.c) LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos"*. Efectivamente, la decisión contenida en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio, dado que los informes del Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste y del Pediatra que atendió a la niña en urgencias hospitalarias refieren la *praxis* seguida con la paciente, sin que los reclamantes hayan presentado prueba pericial o de otra clase que permita alcanzar la conclusión de que el daño alegado se debió a una actuación contraria a normopraxis. Tampoco aprecia mala *praxis* alguna el informe pericial aportado por la aseguradora del SMS.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en materia sanitaria.

I. 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.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 razonablemente 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, entre muchos otros, 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 ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, 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"*.

Asimismo, la STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, 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, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, 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 administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

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 intervenientes, 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. No obstante, y como hemos reiterado en anteriores Dictámenes, habiéndose solicitado dicho informe y no siendo emitido hasta el momento, en el presente caso no resulta determinante para la resolución del procedimiento, pudiendo entrarse en el fondo del asunto a la vista tanto de los informes obrantes en el expediente como de la falta de contradicción técnica de los mismos por parte de la reclamante.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

Para los reclamantes la imputación del daño a la asistencia sanitaria recibida por su hija, se funda en la omisión de medios, toda vez que entienden que, de haberse practicado pruebas diagnósticas adicionales en la primera visita a las urgencias hospitalarias, podría haberse detectado el origen de la grave patología que afectaba a la pequeña y haber puesto los medios efficaces para su curación.

Sin embargo, tales alegaciones están huérfanas de prueba, pues no consta que se basen en criterio técnico alguno aportado al expediente en forma de informe pericial, aun cuando de conformidad con las normas que rigen el reparto de la carga de la prueba, hoy positivizadas en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, a los reclamantes corresponde acreditar que las pruebas diagnósticas que se dicen omitidas, estaban indicadas por la ciencia médica en las circunstancias concurrentes durante la visita al servicio de urgencias hospitalarias, pues sólo así cabría considerar que resultaban exigibles, constituyendo su omisión una infracción de la *lex artis* al tiempo que demostrarían el incumplimiento de la obligación de medios que incumbe a la Administración sanitaria,

conforme ha quedado expuesto en la Consideración Tercera de este Dictamen.

Frente a la ausencia de prueba que dé soporte a las alegaciones actoras, sí constan en el expediente los informes de los facultativos que prestaron asistencia a la niña, así como el del perito de la aseguradora del SMS, especialista en Pediatría, que afirman la absoluta corrección de la asistencia sanitaria prestada y su ajuste a normopraxis, sosteniendo la no indicación de efectuar pruebas diagnósticas adicionales en la primera visita a urgencias, dada la inespecificidad de los síntomas que presentaba la paciente y la evolución favorable que tuvo durante el tiempo que permaneció en las dependencias hospitalarias, en el que comenzó con tolerancia oral, sin mostrar signos o síntomas de alarma que pudieran orientar el diagnóstico hacia la grave enfermedad que la aquejaba.

A tal efecto, de la historia clínica y de los informes médicos aportados al expediente, se deduce que los padres de la paciente consultan el 5 de octubre de 2014, a la 1:14 horas de la madrugada, en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste por un cuadro de vómitos con intolerancia oral absoluta, asociando febrícula, de unas 24 horas de evolución.

La descripción de la primera asistencia recibida por la niña y a la que los padres imputan la infracción de la lex artis, se contiene en el informe del perito de la aseguradora, en los siguientes términos:

"...en la exploración física realizada no se observaron datos de alarma, apreciando "TEP normal" (triángulo de evaluación pediátrica, elemento habitualmente empleado en Urgencias para valorar la potencial gravedad del paciente que tiene en cuenta la apariencia del paciente, la respiración y la circulación) y "exploración abdominal normal". Se constata en Urgencias la presencia de febrícula (37.1°C), se administra antiemético y antitérmico, objetivando posteriormente una adecuada tolerancia oral, motivo por el que se le da el alta el mismo día a las 2:32 h, siendo el juicio clínico "síndrome emético, probable viriasis", y pautando tratamiento prokinético, suero oral e inicio progresivo de nutrición enteral...".

La valoración de esta asistencia y de si a la luz de las circunstancias concurrentes se omitió alguna prueba diagnóstica que estuviera indicada por la ciencia médica la realiza el mismo perito en los siguientes términos:

"...la pregunta es ¿debía haberse realizado alguna prueba complementaria? Bien, la mayoría de los niños que consultan por vómitos pueden ser diagnosticados y tratados sin necesidad de ninguna prueba complementaria. Por tanto, la realización de las mismas debe indicarse sólo en las circunstancias en las que exista afectación del estado general del paciente o existan dudas acerca de la posibilidad de precisar abordaje quirúrgico. Como observamos, no se daban estas circunstancias en esta primera valoración.

En cuanto al tratamiento a realizar, ante un paciente que acude a urgencias con intolerancia digestiva, es importante valorar durante su estancia que se revierte la situación de imposibilidad de ingesta para asegurar que se mantiene un correcto estado de hidratación. Para ello, con frecuencia se emplean fármacos antieméticos y se realizan pruebas de tolerancia oral con líquidos durante unos períodos variables (generalmente en torno a 30-60 minutos) para, una vez objetivada la adecuada tolerancia oral, valorar el alta del paciente. Por tanto, se actuó según lex artis y ajustándose a los protocolos pediátricos".

Pone de manifiesto el referido informe, asimismo, la diferente situación en la que acude la paciente a urgencias la segunda vez, momento en que se realiza una ecografía abdominal que advierte la presencia de la rotación del asa intestinal y la consiguiente obstrucción.

En definitiva, en la primera visita a urgencias no se daban las circunstancias que habrían indicado la realización de pruebas diagnósticas complementarias o adicionales, ni existían signos que permitieran sospechar la malrotación intestinal, dado que ésta "*debe sospecharse en sujetos que presenten vómitos biliosos, dolor abdominal y alteración hemodinámica importante, circunstancias que no se daban en la paciente en la primera consulta*".

Conclusión necesaria de lo expuesto es que ante la carencia de pruebas de la existencia de actuación contraria a normopraxis en la asistencia sanitaria dispensada a la pequeña, no puede imputarse el fatal desenlace del proceso patológico a la asistencia sanitaria recibida, por lo que en ausencia de nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño legado, procede la desestimación de la reclamación formulada por los padres de la paciente.

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 concurren todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico vincula el nacimiento de la responsabilidad patrimonial, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco ha sido acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.