



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **42/2021**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 4 de marzo de 2021, 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 del Excmo. Sr. Consejero), mediante oficio registrado el día 15 de diciembre de 2020 (COMINTER372764/2020), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y D.^a Y, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **254/20**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 28 de marzo de 2014, D. X y D.^a Y, presentan escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su hija S, el 29 de marzo de 2013, como consecuencia de la deficiente atención sanitaria que le fue prestada por facultativos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA).

Fundamentan la reclamación en los siguientes hechos:

"(...) Según informe clínico de Éxitus, nuestra hija ingresó el día 25 de marzo de 2013 por distrés respiratorio. Había ingresado hace 72 desde urgencias por fiebre de hasta 39,5º C de 3 días de evolución, tos y dificultad respiratoria destacando en las exploraciones complementarias a su ingreso bioquímica con PCR de 24,4 mg/dl y radiografía de tórax con infiltrado en base izquierda. Presentaba además deshidratación leve/moderada con Na de 148 por lo que se realizó corrección de la misma con fluidoterapia. En las últimas 24 horas presenta empeoramiento clínico pese a tratamiento con cefotaxima y Salbutamol nebulizado, con hipoxemia mantenida refractaria a O2 a alto flujo en mascarilla y aumento del distrés respiratorio por lo que se realiza ecografía torácica sin evidencia de derrame pleural, bioquímica, con PCR mantenida en 24 mg/dl y gasometría, de resultado normal y se traslada a UCIP para inicio de ventilación mecánica. Falleciendo el 29 de marzo de 2013.

- En cuanto a la deficiente asistencia que se le prestó a nuestra hija, lo reflejamos en el relato de hechos que acompañamos como documento n.º 2 de este escrito.

-Tenemos que destacar que el Dr. T en planta y después de muchos ruegos por nuestra parte comunicándole que la niña se encontraba fatal, nos dijo que se la llevaban a la UCI para intubarla. Cual fue nuestra sorpresa cuando no fue intubada en UCI, motivo por el cual creemos que se deterioró hacia el fallecimiento.

- Por otro lado, tenemos la sospecha que la niña fue sedada, evidentemente sin nuestro consentimiento, todo esto sin haberla intubado previamente para ver cómo evolucionaba de su distrés respiratorio como había ocurrido en otras ocasiones".

Acompañan a su reclamación informe clínico de éxitus, escrito de exposición de hechos y copia de Libro de Familia.

En cuanto a la valoración del daño, solicitan una indemnización de 200.000 euros, sin explicitar el fundamento de dicha cantidad.

SEGUNDO.- Por Resolución del Director Gerente del SMS de 15 de abril de 2014 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud I ?Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA)-, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros del SMS.

TERCERO.- Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

De estos profesionales del HUVA han emitido informe:

1º. La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), en el que se indica:

"Paciente de 9 años con diagnósticos previos de:

-Encefalopatía severa: Presenta encefalopatía crónica de origen prenatal con severa afectación cognitiva y motora. En la última exploración realizada en la Consulta de Neuropediatría y que figura en la Historia clínica (Febrero 2013) presentaba desde el punto de vista cognitivo muy pobre sintonización proyección con ausencia de adquisiciones psicomotoras. A nivel motor presenta afectación extrema con ausencia de control postural, no sostén cefálico e incapacidad de manipulación.

Presenta además una epilepsia secundaria desde los 7 meses de edad refractaria a numerosos fármacos antiepilépticos. Presenta crisis convulsivas incluso diarias que han requerido varios ingresos hospitalarios a pesar de múltiples tratamientos anticomiciales y ensayo con dieta cetogénica.

-La etiología de su encefalopatía es una cromosomopatía (monosomía 1p36.3) por lo que presenta además otras malformaciones asociadas:

- síndrome dismórfico (occipucio plano, facies aplanada con hipoplasia mediofacial, raíz nasal ancha y plana, micrognatia con comisuras bucales hacia abajo. Pabellones auriculares displásicos de implantación baja).

- Comunicación interventricular muscular

- Megalocórnea izquierda

-Insuficiencia respiratoria crónica: bronquitis de repetición. Varios ingresos hospitalarios por procesos de infección respiratoria que no precisaron ingreso en UCIP.

-Tetraparesia. Escoliosis.

-Sospecha de hepatitis autoinmune/Sd de solapamiento (Hepatitis Autoinmune/Colangitis Esclerosante Primaria)

El 25/03/2013 ingresa en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos procedente de Sección de Escolares por dificultad respiratoria para inicio de ventilación mecánica no invasiva. La paciente había ingresado tres días antes por infección respiratoria y deshidratación, instaurándose desde urgencias tratamiento antibiótico (Cefotaxima), terapia broncodilatadora (salbutamol nebulizado y corticoides), fluidoterapia intravenosa y además se mantiene su tratamiento antiepiléptico de base (Levetiracetam, oxcarbacepina y clonacepam). A pesar del tratamiento, los signos de dificultad respiratoria se intensifican, descartando mediante ecografía la presencia de derrame pleural asociado como causa del agravamiento y decidiendo traslado a la unidad de cuidados intensivos para soporte respiratorio.

A su ingreso presentaba en la exploración física signos de dificultad respiratoria con hipoventilación de hemitórax izquierdo y tiraje subcostal e intercostal moderado. En radiografía de tórax se objetiva patrón de afectación difusa bilateral compatible con Síndrome de distrés respiratorio agudo. Presenta satO2 de 88% con oxígeno en mascarilla reservorio a 15 l/min. Dados los signos ya presentes de insuficiencia respiratoria hipoxémica se inicia ventilación mecánica no invasiva con interfase nasobucal y posteriormente se cambia por mascarilla facial para conseguir mejor adaptación a la cara de la niña. Se recogen cultivos de secreciones respiratorias y hemocultivo, al presentar reactantes de fase aguda elevados, sugestivos de sobreinfección bacteriana secundaria y a la antibioterapia de amplio espectro con Cefotaxima ya instaurada, se asocia Clindamicina para cubrir gérmenes anaerobios por riesgo de neumonía aspirativa por encefalopatía subyacente Tras recibir resultado de aspirado nasofaríngeo positivo para Influenza A y dada la gravedad del cuadro se añade tratamiento antiviral Oseltamivir en las primeras

24 horas de ingreso. Además se inician diuréticos para forzar balance negativo como adyuvante del tratamiento del distrés respiratorio y se mantiene tratamiento broncodilatador y corticoideo.

El día 26/03 se objetivan restos gástricos "en posos de café" y sangrado de encías. En control analítico presenta alteración de la coagulación con TTPA de 40 seg y actividad de protrombina del 53% por lo que se trasfunde 1 unidad de plasma fresco congelado y se inicia tratamiento con Vitamina K. Además se sustituye Ranitidina por Omeprazol intravenoso para optimizar el tratamiento de úlcera gástrica multifactorial.

Como parte de su tratamiento precisa sedación para conseguir la adaptación a la ventilación mecánica, canalización de vena central por acceso periférico y sondaje vesical para realizar balances hídricos exhaustivos.

A pesar de la optimización del tratamiento con aumento de la asistencia respiratoria, broncodilatadores, antibioterapia, antivirales y diuréticos la niña presenta empeoramiento progresivo con ausencia de respuesta clínica y radiológica. Hipoxemia refractaria con descenso progresivo de la frecuencia cardiaca hasta parada cardiorrespiratoria, falleciendo a las 11:00h del 29/03/2013.

Tanto a su ingreso como durante toda su estancia en la unidad se informa a la familia de la situación de gravedad de la niña y de las pautas de tratamiento instauradas, constando en la Historia clínica que los padres son informados y son conscientes de esta situación de gravedad.

RESPUESTA A LA RECLAMACIÓN PATRIMONIAL INTERPUESTA POR X Y Y

1. A su ingreso en UCIP se realizan las exploraciones complementarias pertinentes (previamente indicadas) obteniendo un diagnóstico definitivo en las primeras 24 horas: síndrome de distrés respiratorio agudo y neumonía por gripe A con sospecha de sobreinfección bacteriana secundaria. No existe retraso en el diagnóstico ni en el inicio del tratamiento etiológico que se instauró en puerta de urgencias asociando además en UCIP tratamiento específico para la gripe A.

2.- Desde su ingreso se administra el tratamiento indicado para este tipo de enfermedad en pacientes que presentan la patología y situación neurológica de base por la que se encontraba afectada la niña: soporte respiratorio con ventilación mecánica, broncodilatadores, plasma fresco congelado, antibioterapia, antivirales y diuréticos. En este caso, dada la afectación psicomotora de la niña, precisa añadir sedación para lograr la adaptación a la ventilación mecánica necesaria para conseguir que ésta sea efectiva y para mayor confort de la niña. Esta sedación se intensifica en los últimos momentos ante el fallecimiento inminente y la refractariedad del cuadro para aumentar el confort de la niña.

La severa afectación neurológica que presentaba, la hacía más vulnerable a sufrir infecciones graves respiratorias (virales y bacterianas).

3.- Desde que ingresa y en todo momento, los padres son informados tanto de la patología que afecta a la niña y la gravedad de ésta, como de todos los tratamientos aplicados. Los padres entienden la información y no manifiestan ninguna disconformidad con la actuación que se estaba llevando a cabo con la niña, tanto durante su ingreso como en el momento de su fallecimiento.

4.- Expresamos nuestras condolencias a la familia por el fallecimiento de S. Comprendemos que no hay nada más doloroso en la vida para una madre o padre que la pérdida de un hijo. Desafortunadamente la progresión del cuadro respiratorio persistió a pesar de la terapia iniciada en planta de hospitalización y a pesar de la intensificación del tratamiento en la UCI. Recibió atención y cuidados en todo momento realizándose las pruebas complementarias pertinentes".

2. Informe de la Sección de escolares, en el que se indica:

"SOBRE EL DIAGNÓSTICO

1) Dicha paciente acude a Urgencias, remitida por su pediatra, a los 3 días de iniciado un cuadro febril que es diagnosticado de Otitis media supurada, Neumonía bacteriana y dificultad respiratoria secundaria a la misma en base a la historia, exploración física y las exploraciones complementarias que se le habían realizado (Rx de tórax y posteriormente ecografía torácica además de elevación de reactantes de fase aguda).

- 2) Se sospecha incluso la etiología neumocócica por la suma de ambas patologías y la detección del antígeno de neumococo positivo en orina.
- 3) La hipoxemia puede ser debida a la suma del proceso neumónico, antecedentes de bronquitis de repetición y su patología de base.
- 4) A pesar de que analíticamente persistía elevación de reactantes de fase aguda, la fiebre descendió en los primeros días tras el inicio del tratamiento antibiótico, lo que apoyaría el diagnóstico inicial.

SOBRE LA FALTA DE ATENCIÓN MEDICA A SU HIJA

Viernes 22-3-13 ingresa por la tarde con tratamiento instaurado. La madre es informada en planta de los diagnósticos al ingreso a petición de ella.

Hasta el lunes por la tarde en que ingresó en la UCI, fue valorada en varias ocasiones por los diferentes pediatras (al menos 4 facultativos) que trabajaban en ese momento en la planta, como consta en la evolución de su historia clínica.

Sábado 23-3-13 (Dr Martos) la valoró al menos en 3 ocasiones, solicitando control analítico y radiológico y posteriormente por la tarde por el médico de guardia.

Domingo 24-3-13, día en que no se valora a todos los pacientes ingresados (por haber solo un pediatra de guardia disponible para todos los niños ingresados en planta), consta que al menos fue valorada una vez (Dra V) y que solo precisaba 1'5 L de oxígeno en gafas nasales. Durante la noche la madre refiere empeoramiento sin que esto pueda derivarse de las notas de enfermería y desde luego sin que el pediatra fuera llamado en ningún momento.

Lunes 25-3-14 por la mañana fue valorada al menos en dos ocasiones por una de las pediatras de planta (Dra W), que solicitó:

-control analítico: hemograma normal y PCR similar a la del ingreso. La gasometría era normal, no presentaba tiraje en la exploración y con el aporte de solo 2L de oxígeno en gafas nasales mantenía saturación de oxígeno de 96%, por lo que en ese momento no estaba indicaba la necesidad de ventilación mecánica.

-estudio de neumococo en orina, que junto con el antecedente de otitis media supurada apoyaba el diagnóstico de neumonía neumocócica: Dicha posibilidad estaba cubierta con el antibiótico que llevaba desde su ingreso, además había desaparecido la fiebre y la analítica no mostraba empeoramiento.

-ecografía torácica: la pediatra fue a hablar personalmente con los radiólogos para que se hiciera esa misma mañana y dicha prueba confirmó la existencia de una consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo en lóbulo inferior izquierdo (que también orientaba a etiología bacteriana) SIN evidencia de derrame pleural.

-Se indicó además control de tensión arterial (para vigilar el estado hemodinámico) y se dejó constancia en la hoja de tratamiento de que había que vigilar la evolución de la niña, y que en caso de empeoramiento se debía avisar al pediatra de guardia, como así ocurrió.

-Esa misma mañana se modificó la perfusión hidroelectrolítica tras revisar los exámenes complementarios, y se indicó la administración de un enema por llevar la niña varios días sin realizar deposiciones (hábito intestinal estreñido previamente).

-Se informó de todo ello a los padres.

Lunes 25-3-13 por la tarde, tras presentar empeoramiento respiratorio con aumento en las necesidades de oxígeno, fue valorada en varias ocasiones por el pediatra de guardia (Dr T), que tras intensificar el tratamiento y realizar control analítico decidió su traslado a UCI-pediátrica, según consta en el informe "SOPORTE NO INVASIVO" no para intubación como refieren los padres.

En cualquier caso, fue vista siempre que se requirió por enfermería y en otras ocasiones sin necesidad de dicho requerimiento.

Se solicitó el estudio de Gripe a los 5 días del ingreso, siendo este positivo. Queremos subrayar a este respecto que:

- No se hace el test de la gripe a todos los niños que ingresan por fiebre si ya hay una causa que la justifique. Además estábamos en el fin de la epidemia de ese año.
- Cuando la paciente ingresó, habían transcurrido 3 días desde el inicio de los síntomas, por lo que el tratamiento de la misma se haría fuera de ficha técnica.
- Que al realizarse al 5º día del ingreso no puede descartarse el origen nosocomial.
- Que tanto la ficha técnica como las revisiones sistemáticas de la Cochrane indican que el oseltamivir no previene las complicaciones de la misma, con especial referencia a la neumonía. Esta paciente ya presentaba al ingreso un cuadro neumónico bacteriano.

También la ficha técnica refiere que el oseltamivir no es sustituto de la vacuna, que en este caso estaría indicada, al menos, en la paciente.

Por lo tanto pensamos que la paciente fue atendida de forma correcta de acuerdo a su situación en cada momento de su ingreso en planta de hospitalización.

Los siguientes puntos.

-por qué no se intubó, sospecha de sedación no informada y que en el parte de defunción no pone la causa de la muerte deben de ser respondidos desde la UCIP".

CUARTO.- Para completar la instrucción del procedimiento se solicita de la Gerencia del Área de Salud I y a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 que se remita, en su caso, Historia Clínica en relación a la atención sanitaria recibida por la paciente los días 20 y 22 de marzo de 2013, en el Centro de Urgencias, y Centro de Salud, respectivamente, de Alcantarilla, e informe de los facultativos que prestaron dicha asistencia; remitiéndose por parte de la Gerencia del Área de Salud la Historia Clínica de la Paciente.

QUINTO.- Con fecha 23 de julio de 2014 se solicita informe de la Inspección Médica, siendo emitido con fecha 27 de julio de 2020 con las siguientes conclusiones:

"- Cuando la niña acude a la puerta de urgencias, la sintomatología que presentaba y el resultado de las pruebas practicadas orientaban razonablemente a un diagnóstico de neumonía lobar izquierda, de etiología presumiblemente bacteriana. El tratamiento instaurado fue acorde a ese diagnóstico y plenamente correcto.

- La gripe que se diagnostica posteriormente cumple los criterios para considerarse nosocomial por el momento del diagnóstico (paciente con neumonía comunitaria y posterior gripe nosocomial), pero tampoco se puede descartar que se trate de una gripe comunitaria con sobreinfección bacteriana.

- Se inició de forma correcta tratamiento con oseltamivir ante el diagnóstico microbiológico y la situación crítica de la menor, aun cuando no se trata de un tratamiento curativo ni tampoco hay evidencia de que incida de forma significativa en evitar complicaciones graves. Razonablemente el resultado no hubiera sido distinto aunque se hubiera usado el oseltamivir desde poco después del ingreso.

- En cuanto a la sedación, la niña se sedó para lograr la adaptación a la ventilación mecánica y para su mayor confort, lo que es una práctica habitual y más en este caso dada la afectación psicomotora de la menor. La sedación se intensificó ante el fallecimiento inminente, buscando siempre mejorar el confort de la paciente.

- La familia fue informada adecuadamente en todo momento. Se les transmitió información sobre la gravedad del cuadro según consta en varias ocasiones en la historia clínica.

- La actuación de los profesionales intervinientes fue en todo momento adecuada y acorde a la Lex Artis".

SEXTO.- Con fecha 15 de septiembre de 2014, la compañía aseguradora del SMS aporta informe médico-pericial

del Dr. D. M, Doctor en Medicina por la UCM. Médico Adjunto del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Médico adscrito al Servicio de Pediatría del Grupo Hospitales-Madrid, en el que se concluye que:

"1. La paciente S ingresa con el diagnóstico de neumonía, asumiendo una posible etiología bacteriana apoyándose en diversos hechos: epidemiológicamente más probable por la edad, detección de antígeno de neumococo en orina positivo y condensación en radiografía de tórax. Consideramos que fue correcto tanto el diagnóstico como la sospecha etiológica y el tratamiento instaurado.

2. La paciente fue en todo momento valorada por el personal sanitario responsable de su atención, tanto de enfermería como por parte de los pediatras. Esto se refleja en las diversas anotaciones realizadas en la historia clínica de la paciente.

3. El estudio diagnóstico para descartar coinfección por el virus de la gripe se llevó a cabo el 4º día del ingreso cuando se observó un empeoramiento clínico. Este pues, era el momento apropiado para realizar dicha determinación, y no en el momento del ingreso. Por tanto, consideramos que se actuó según *lex artis*.

4. El tratamiento instaurado una vez confirmada la etiología viral (virus de la gripe) no supuso la resolución y curación del proceso respiratorio de la paciente, si bien fue el correcto.

5. Dado el momento en el cual se establece el diagnóstico de la gripe, consideramos que dicha infección fue nosocomial. Es decir, la adquirió durante su ingreso hospitalario.

6. En el momento del ingreso en UCIP se instauró tratamiento ventilatorio. Es muy probable que los padres asumieran que el concepto de ventilación implicaba de forma ineludible la intubación de su hija.

7. El empleo de sedantes para optimizar la ventilación en pacientes graves es un tratamiento habitual en las diversas UCIs, no siendo necesario la firma de consentimiento informado por parte de los pacientes o tutores legales.

8. Según se deduce de la historia clínica, los familiares en todo momento eran conscientes de la gravedad de la situación y de las medidas instauradas.

9. En el momento del fallecimiento de la paciente, se aplicó un trato humano y cercano, favoreciendo la presencia de los padres en todo momento".

SÉPTIMO.- Con fecha 16 y 17 de diciembre de 2014 se otorgó trámite de audiencia a los interesados, no constando que hayan formulado alegaciones.

Posteriormente, y tras la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, se ha conferido nuevo trámite de audiencia a los interesados sin que tampoco conste que hayan formulado alegaciones.

OCTAVO.- Con fecha 16 de febrero de 2015 se solicitó de la Gerencia del Área de Salud I Informe del Servicio de Medicina Preventiva sobre los protocolos y medidas de prevención de infecciones nosocomiales en el hospital, en general, y en su caso, en la Sección de Escolares, y en la UCI pediátrica, siendo emitido con fecha 22 de abril de 2015 en los siguientes términos:

"Consideramos que es improcedente esta reclamación porque la paciente no presentó una Infección Nosocomial, sino que se trata de una Infección Comunitaria, esto es, adquirida en la Comunidad, antes de su ingreso en el hospital, pues esta paciente:

-Ingresa en Urgencias el día 22/03/2013 con fiebre de hasta 39,5°C, tos y dificultad respiratoria. La analítica que se le realiza, el día 26/03/2013, es positiva al virus Influenza A, virus gripal, que se diagnostica al ser PCR positivo y Positivo a un test rápido específico; algunos subtipos de este virus son altamente patógenos. También se detecta el día 26 en orina antígeno positivo al neumococo.

Con el cuadro clínico respiratorio con el que ingresa en urgencias del hospital y los microorganismos detectados en su analítica, responsables del cuadro clínico, estamos ante una Infección Comunitaria.

El día 27/03/ empeora su estado, el día 28/03 comienza con mayor deterioro respiratorio y descenso de la SatO2 a pesar de soporte ventilatorio y fallece el día 29/03".

NOVENO.- La propuesta de resolución, de 11 de diciembre de 2020, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, por no haberse acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial del SMS.

DÉCIMO.- Con fecha 15 de diciembre de 2020 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, 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.- Régimen jurídico, legitimación, plazo y procedimiento.

I. La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (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. Por lo que se refiere a la legitimación activa, *prima facie*, los reclamantes estarían legitimados para solicitar indemnización por los daños alegados, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

III. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó el 28 de marzo de 2014, antes del transcurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, ya que en caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. En el caso que nos ocupa, dado que el fallecimiento de la hija de los reclamantes se produjo con fecha 29 de marzo de 2013, se puede concluir que la reclamación se interpuso en el plazo legalmente establecido de un año.

IV. 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, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido, en mucho, al previsto reglamentariamente en contra del principio de eficacia por el que se ha de regir el actuar administrativo (artículo 3 LPAC, ya citada).

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

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 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. 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 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*".

Asimismo, la STS, Sala 3ª, 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, más 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 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, 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.

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).

CUARTA.- Falta de concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

Consideran los reclamantes que concurre relación de causalidad entre el fallecimiento de su hija y la actuación de los profesionales del HUCA que la atendieron, concretada en:

1º. Error en el diagnóstico inicial de neumonía e inadecuación del tratamiento aplicado.

2º. Escasa y deficiente atención recibida por parte de los profesionales sanitarios durante el ingreso en la sección de escolares del hospital.

3º. Retraso diagnóstico de la gripe A, patología que realmente sufría la paciente, que determinó la ineficacia del tratamiento instaurado y, en consecuencia, su fallecimiento.

Frente a tales imputaciones, la propuesta de resolución sometida a Dictamen, sustentada en la historia clínica y los informes que se han aportado por los facultativos intervinientes, la compañía de seguros del SMS y la Inspección Médica, alcanza la conclusión de que el daño sufrido por la paciente carece del requisito de antijuridicidad, ya que no existió retraso diagnóstico de gripe A como alegan los reclamantes; el diagnóstico inicial de neumonía fue acorde con la sintomatología y el resultado de las pruebas diagnósticas realizadas y se pusieron todos los medios precisos en el momento adecuado para alcanzar el diagnóstico de gripe A, y se aplicaron los tratamientos indicados, pese a lo cual la situación clínica evolucionó de forma desfavorable hasta que se produjo el fallecimiento, debido a la gravedad y progresión del cuadro respiratorio en una paciente vulnerable por la severa afectación neurológica que presentaba. En todo momento se informó a los padres de las pruebas realizadas, del resultado de las mismas, de las medidas aplicadas y de la situación clínica.

No aportan los reclamantes al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga la negligencia médica, a pesar de que le obliga a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que "*Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...*".

Y, en concreto, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria, adquiere especial valor probatorio la prueba pericial médica, como así ha puesto de manifiesto la Sala 3ª del Tribunal Supremo en numerosas ocasiones, como en su sentencia de 1 de marzo de 1999 (recurso 7980/1994).

No habiendo aportado los reclamantes ningún informe pericial médico, tendremos que acudir a los obrantes en el expediente, y, en especial, al emitido por la Inspección Médica, dado el carácter objetivo e imparcial que cabe predicar de la misma.

En cuanto al error en el diagnóstico inicial de neumonía e inadecuación del tratamiento adecuado, el informe de la Sección de Escolares del HUVA indica que ingresa con un cuadro febril que es diagnosticado *"de Otitis media supurada, Neumonía bacteriana y dificultad respiratoria secundaria a la misma en base a la historia, exploración física y las exploraciones complementarias que se le habían realizado (Rx de tórax y posteriormente ecografía torácica además de elevación de reactantes de fase aguda)"*, y que *"A pesar de que analíticamente persistía elevación de reactantes de fase aguda, la fiebre descendió en los primer día (sic) tras el inicio del tratamiento antibiótico, lo que apoyaría el diagnóstico inicial"*.

Por su parte, el informe médico pericial aportado por la compañía aseguradora, en su análisis de la *praxis* aplicable al caso, indica que *"El tratamiento empleado inicialmente durante su estancia en la sección de escolares se considera igualmente adecuado atendiendo a la patología sospechada: neumonía de posible etiología bacteriana (apoyado en la condensación pulmonar y la detección de antígeno neumocócico en orina). En este sentido, cabe destacar que igualmente se actuó según protocolos habituales dado que la causa más frecuente de neumonía en esta edad y más aún cuando se presenta una patología de base, es el neumococo. Por tanto, el inicio de tratamiento antibiótico con cefotaxima es del todo correcto. Es cierto que la detección en orina del antígeno del neumococo es una prueba que puede tener falsos positivos (es decir, puede tener un test positivo sin que realmente tenga infección por dicho germen). Sin embargo, dados los antecedentes, el hecho de presentar positividad en esta prueba no hacía sino reforzar la sospecha diagnóstica inicial. Consideramos además que dicho tratamiento inicialmente instaurado estaba resultando efectivo, habida cuenta de la mejoría clínica de la paciente (reducción de la temperatura corporal). A esto debemos añadir que el tratamiento adyuvante administrado (oxigenoterapia y broncodilatadores) se considera igualmente correcto en esta situación"*.

Por último, el informe de la Inspección Médica indica:

"En el momento de acudir a urgencias no se termometra fiebre, impresiona de mal estado general, no presenta sintomatología respiratoria ni a la inspección ni a la auscultación con una saturación de oxígeno del 95% (rango inferior de normalidad), la analítica es inespecífica, destacando únicamente la elevación de la PCT (procalcitonina) que se suele relacionar con infección bacteriana. Hay que tener en cuenta que la niña había realizado un ciclo de tres días de tratamiento con antibiótico que probablemente ha modulado los resultados analíticos. La Rx de tórax se interpreta como sugerente de neumonía basal izquierda.

Con estos datos se ingresa a la paciente, hecho totalmente correcto, y de forma lógica por los antecedentes y los signos y síntomas se establece el diagnóstico de presunción de neumonía basal izquierda, aun cuando en la orden de ingreso consta el diagnóstico de Síndrome febril (parece que la interpretación de la Rx fue a posteriori del ingreso). En el momento del ingreso se ordena tratamiento con cefotaxima (cefalosporina de tercera generación), lo que constituye un adecuado tratamiento empírico de la neumonía.

La actitud es plenamente correcta y dentro de prudencia exigible. Sólo cabría hacer un reparo: hubiera sido adecuado solicitar hemocultivo para reorientar el tratamiento con el resultado pero, de una parte el hemocultivo tiene escasa rentabilidad en las neumonías adquiridas en la comunidad en la infancia (sensibilidad <20-30%), y de otra el tratamiento antibiótico previo que se había administrado a la niña probablemente hubiera falseado los resultados.

En resumen, los antecedentes de infección aparentemente bacteriana con tratamiento antibiótico, el estudio radiológico que orienta a neumonía lobal, más la elevación de procalcitonina, todo ello justifica adecuadamente la orientación diagnóstica y el nuevo tratamiento antibiótico. Independientemente de los resultados posteriores, en ese momento no había signos concretos que orientaran a un diagnóstico de gripe.

Ya en la planta se presenta sintomatología respiratoria, con polipnea, tiraje, subcrepitantes en hemitórax derecho e hipoventilación en hemitórax izquierdo; la saturación baja al 85-86% con oxígeno en gafas nasales y

broncodilatadores. Se solicita nueva placa de tórax que se informa como con condensación en hemitórax izquierdo (signo de neumonía) con componente atelectásico. Estos hallazgos refrendan la hipótesis de neumonía presumiblemente bacteriana, lo que se refuerza al relatar el padre que a la niña le ha supurado el oído (episodio de otitis congruente con etiología bacteriana presumiblemente neumocócica)".

De lo expuesto en los informes analizados se desprende que con la sintomatología que presentaba la paciente y con las pruebas que se le realizaron, estaba justificado, tanto el diagnóstico inicial como el tratamiento aplicado al mismo.

En cuanto a la escasa y deficiente atención recibida durante el ingreso en la Sección de Escolares, en el informe de ésta, tras relatar todas las actuaciones llevadas a cabo por los profesionales implicados en relación con la paciente, se concluye que *"fue vista siempre que se requirió por enfermería y en otras ocasiones sin necesidad de dicho requerimiento"*.

En el informe pericial de la compañía aseguradora se indica en este punto que *"el personal de enfermería valoró en cada turno a la paciente y cuando fue necesario, consultó las posibles dudas que pudieran existir con los médicos de guardia. Así observamos en el documento nº 32: "Necesita valoración por PdG" y en el documento nº33: "aviso del resultado por teléfono al POG". Por tanto consideramos que la atención llevada a cabo por el personal de enfermería fue del todo adecuada.*

Igualmente, consideramos que la atención llevada a cabo por los diversos pediatras que valoraron a la paciente durante su estancia en la unidad de escolares fue del todo correcta. Esta conclusión se desprende de los diversos comentarios anotados en la hoja de evolución de la paciente en los diversos momentos del día. Del mismo modo apreciamos como ante la sospecha de una complicación (sospecha de derrame pleural), el médico responsable de su asistencia solicita y agiliza los trámites necesarios para la realización de una ecografía. Así mismo, el día que finalmente ingresa en UCIP se pueden apreciar hasta un total de cuatro notas clínicas en la evolución clínica hospitalaria (la del turno de mañana, la de las 18:30h, la de las 19h y la de las 19:30h). Esto implica que existía un seguimiento cercano y próximo de la paciente. Por tanto, consideramos que en ningún momento se puede asegurar que el trato médico no fue el suficiente, sino más bien al contrario".

El informe de la Inspección Médica indica sobre este particular, al analizar la actuación de los profesionales de la Sección de Escolares, que *"Hasta este momento la actitud de los profesionales ha sido completamente adecuada y no se aprecia en modo alguno falta de atención al proceso patológico de la niña como se argumenta en la reclamación"*. A igual conclusión llega al examinar la praxis de la UCIP, al concluir que *"sea cual sea la hipótesis que contemplemos la actuación de los profesionales fue adecuada a la Lex Artis"*.

Por lo expuesto, es necesario concluir que tampoco existió por parte de los profesionales del HUVA que asistieron a la paciente, ni escasa ni deficiente atención por su parte.

- En cuanto a la tercera imputación, por retraso diagnóstico de la gripe A y sus consecuencias, el informe de la Sección de Escolares indica que:

- No se hace el test de la gripe a todos los niños que ingresan por fiebre si ya hay una causa que la justifique. Además estábamos en el fin de la epidemia de ese año.

- Cuando la paciente ingresó, habían transcurrido 3 días desde el inicio de los síntomas, por lo que el tratamiento de la misma se haría fuera de ficha técnica.

- Que al realizarse al 5º día del ingreso no puede descartarse el origen nosocomial.

- Que tanto la ficha técnica como las revisiones sistemáticas de la Cochrane indican que el oseltamivir no previene las complicaciones de la misma, con especial referencia a la neumonía. Esta paciente ya presentaba al ingreso un cuadro neumónico bacteriano".

En el informe de la UCIP se indica que *"...No existe retraso en el diagnóstico ni en el inicio del tratamiento etiológico que se instauró en puerta de urgencias asociando además en UCIP tratamiento específico para la gripe A.*

2.- Desde su ingreso se administra el tratamiento indicado para este tipo de enfermedad en pacientes que presentan la patología y situación neurológica de base por la que se encontraba afectada la niña:..."

El informe de la compañía aseguradora, por su parte, indica que *"la determinación del virus de la gripe se realizó en la muestra recogida el día 26-marzo. Es decir, al 4º día del ingreso. En esta situación no podemos descartar (y de hecho es muy probable) que la infección por el virus de la gripe sea como consecuencia de una infección nosocomial (ocurrida en el hospital). Hemos de recordar que se considera que una infección es nosocomial si ésta ocurre pasadas las 72h del ingreso, tal y como tiene lugar en esta situación. Apoya también el origen nosocomial de la infección el empeoramiento ocurrido tras una mejoría inicial de la paciente. Por tanto, era en relación con dicho empeoramiento y no antes, cuando era adecuado realizar la búsqueda etiológica de algún otro germen que justificara el empeoramiento observado. Una vez conocidos los resultados de dicha prueba, se instauró tratamiento antiviral que, por otra parte, no siempre supone una evolución en todos los casos a una mejoría de la situación clínica del paciente (como por desgracia, ocurrió en esta situación)".*

La Inspección Médica, en su informe, indica sobre este tema que *"hay que contemplar dos posibilidades, dado que la niña llegó a urgencias el día 22 y la muestra que resultó positiva para el virus de la gripe se tomó el día 26.*

1-Dado que el positivo a gripe fue más de 3 días después del ingreso, si lo consideramos, como dice la teoría, una infección nosocomial adquirida en el hospital y que complica una neumonía previa, concluiremos que el diagnóstico fue en tiempo adecuado y el tratamiento, aunque no resultara efectivo adecuado en tiempo y forma.

2- Si asumimos que la sintomatología que presentaba la niña al ingreso era por una gripe complicada por una neumonía (de etiología vírica o bacteriana), en este caso la infección será comunitaria. Esta hipótesis, aunque teóricamente posible, no invalida que con los antecedentes y los datos de exploración al ingreso lo más congruente era plantear la etiología bacteriana. En este caso, aunque se hubiera diagnosticado la gripe ya desde el ingreso, la única diferencia posible con el tratamiento efectivamente aplicado (tratamiento antibiótico para tratar posibles complicaciones bacterianas, y medidas ventilatorias y de soporte) hubiera sido añadir el oseltamivir, y ha quedado evidenciado que la recomendación de su uso es una recomendación débil y que su uso no incide de forma significativa en la presencia de complicaciones graves. Razonablemente el resultado no hubiera (sido) distinto aunque se hubiera usado el oseltamivir desde poco después del ingreso. Además de lo anterior si creemos que la gripe estaba ya presente en el momento de la aparición de la fiebre superior a los 39 grados detectada tres días antes del ingreso, el uso del oseltamivir no hubiera estado indicado cuando acudió al hospital por haber transcurrido más de 48 horas del inicio de los síntomas.

Por tanto sea cual sea la hipótesis que contemplemos la actuación de los profesionales fue adecuada a la Lex Artis".

Con todo lo expuesto se evidencia igualmente que ni hubo retraso en el diagnóstico de la gripe A ni en el tratamiento aplicado, ya que, aunque la gripe hubiera sido de transmisión comunitaria, cuando la niña ingresó en el Hospital el tratamiento para la misma ya no hubiese sido recomendable.

Por último, en cuanto que a la paciente no se la intubó en la UCIP como le habían dicho a los padres, y que en ésta se la sedó sin su consentimiento, el informe de la Sección de Escolares indica que se *"decidió su traslado a UCI-pediátrica, según consta en el informe "SOPORTE NO INVASIVO" no para intubación como refieren los padres".*

Por su parte, el informe de la UCIP indica que *"Desde su ingreso se administra el tratamiento indicado para este tipo de enfermedad en pacientes que presentan la patología y situación neurológica de base por la que se encontraba afectada la niña: soporte respiratorio con ventilación mecánica, broncodilatadores, plasma fresco congelado, antibioterapia, antivirales y diuréticos. En este caso, dada la afectación psicomotora de la niña, precisa añadir sedación para lograr la adaptación a la ventilación mecánica necesaria para conseguir que ésta sea efectiva y para mayor confort de la niña. Esta sedación se intensifica en los últimos momentos ante el fallecimiento inminente y la refractariedad del cuadro para aumentar el confort de la niña..."*

...Desde que ingresa y en todo momento, los padres son informados tanto de la patología que afecta a la niña y la gravedad de ésta, como de todos los tratamientos aplicados. Los padres entienden la información y no manifiestan ninguna disconformidad con la actuación que se estaba llevando a cabo con la niña, tanto durante su ingreso como en el momento de su fallecimiento".

El informe de la compañía aseguradora del SMS indica que *"es probable que, debido a la falta de conocimiento de determinada terminología médica, los padres asumieran que la menor iba a ser intubada para recibir ventilación, cuando existen otras modalidades de ventilación efectivas que no necesariamente requieren intubación del paciente (ventilación no invasiva). Es decir, nos atrevemos a aventurar que el médico de UCIP estableció la necesidad de ventilación y que los padres asumieron que la ventilación era inherente a la intubación de la paciente. Para ello nos apoyamos en lo referido por los pediatras en el documento nº31 durante su estancia en la Sección de Escolares "tras comentar el caso con el Med Adj de UCI-P decido traslado para soporte no invasivo" y en documento nº66 de evolución clínica en UCIP "...presenta hipoxia progresiva por lo que ingreso para VMNI (Ventilación Mecánica No Invasiva)". Es decir, antes de su traslado a UCIP el soporte ventilatorio que iba a recibir la menor ya estaba decidido en consenso con el médico adjunto de UCIP y este no consistía en la intubación de la paciente...*

El adecuado soporte ventilatorio en un sujeto que presenta hipoxemia en ocasiones, para conseguir una adecuada sincronización con el modo ventilatorio seleccionado y para reducir el consumo energético del paciente, precisa del empleo de sedantes, lo cual es una práctica habitual (más aún si el paciente se encuentra agitado por la hipoxemia o por la presencia de alguna encefalopatía de base). No es necesario solicitar un consentimiento específico a los padres para la administración de este tipo de fármacos, igual que tampoco se solicita dicho consentimiento para el empleo de otros medicamentos (tales como el salbutamol o el omeprazol que igualmente se administraron y sobre el cual, los padres no reclaman acerca de la necesidad de un consentimiento)".

Por último, el informe de la Inspección Médica también es muy claro al indicar que *"Esa misma tarde se traslada a UCI infantil para VMNI (soporte no invasivo), y así consta en la historia. No se planteó por tanto la opción de la intubación, sino la de ventilación mecánica no invasiva, como efectivamente se hizo, inicialmente en modalidad BIPAP (sistema de presión positiva de dos niveles) y posteriormente en espontánea con presión de soporte (...).*

En cuanto a la sedación, la niña se sedó inicialmente en la UCI pediátrica para lograr la adaptación a la ventilación mecánica y para mayor confort, lo que es una práctica habitual, y más en este caso dada la afectación psicomotora de la niña. La sedación se intensificó el día 28 con el añadido de midazolam ante el fallecimiento inminente por la refractariedad del cuadro, buscando siempre mejorar el confort de la paciente. En la historia consta que la familia está informada, y en la última anotación consta que la familia se encuentra con la niña en todo momento".

En consecuencia, coincidimos con la propuesta de resolución en que, a la vista de la historia clínica y de los informes incorporados al expediente, el daño sufrido por la paciente carece del requisito de antijuridicidad, al no existir relación de causalidad entre éste y la actuación de los profesionales del HUVA, 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 de la reclamación por no haberse acreditado relación de causalidad alguna entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario.

No obstante, V.E. resolverá.