

Dictamen n.º: **314/19**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **08.08.19**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 8 de agosto de 2019, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ....., por error de diagnóstico, al diagnosticarle a su hijo menor de edad ....., una probable viriasis cuando se trataba de una sepsis meningocócica, en el Hospital Universitario de Getafe.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El día 31 de mayo de 2017, la persona citada en el encabezamiento, en nombre y representación de su hijo menor de edad, formuló una reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que hubo error de diagnóstico cuando, tras cuatro días de fiebre intermitente, acudió con su hijo el día 5 de enero de 2008 a las 23:05 horas al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe (en adelante, HUG) y previa exploración fue diagnosticado de infección respiratoria de vías altas.

Refiere, que el día 8 de enero de 2008, el menor vuelve a tener una subida “*muy preocupante*” de temperatura corporal y habían aparecido pequeñas manchas rojizas por el cuerpo, por lo que acude nuevamente al Servicio de Urgencias donde, a pesar de su insistencia para que se procediera al ingreso hospitalario del menor, recibió alta a las 01:00 horas del día 9 de enero de 2008, si bien de madrugada, y pese a remitir la fiebre unas décimas tras varios baños de agua, el menor vuelve a alcanzar una temperatura muy alta y aumentan las manchas corporales por lo que con ayuda del vehículo de una vecina acude con el menor a las 8:20 horas al Centro de Salud el Greco, de Getafe, donde el pediatra de Urgencias comprueba la gravedad del estado de salud del menor y lo traslada, en su propio vehículo, al Servicio de Urgencias del HUG donde es diagnosticado de sepsis meningocócica.

Manifiesta, que al carecer dicho centro hospitalario de UCI pediátrica el menor tuvo que ser trasladado e ingresado en el Hospital 12 de Octubre con un cuadro clínico de sepsis meningocócica, coagulopatía de consumo e insuficiencia renal aguda y precisó, desbridamiento quirúrgico de áreas necróticas en glúteos, miembro inferior izquierdo y miembro superior derecho, necrosis rotuliana y compartimento anterior de la pierna. Además, precisó reconstrucción de rodilla con colgajo de dorsal ancho y reconstrucción de paquete vaso nervioso, y desde el 18 de enero de 2008, fisioterapia respiratoria.

Finalmente indica que su hijo recibió alta hospitalaria el 22 de abril de 2008 siendo remitido al Servicio de Rehabilitación del HUG, donde recibe tratamiento rehabilitador a la fecha de presentación de la reclamación.

Expresa también, que los padres del menor interpusieron una denuncia por la asistencia sanitaria que le fue dispensada al menor el día 8 de enero de 2008 en el Servicio de Urgencias del HUG habiéndose dictado Auto de 8 de noviembre de 2016 por la Audiencia Provincial de

Madrid, desestimatorio del recurso de apelación por ellos interpuesto contra el Auto de 6 de septiembre de 2016 del Juzgado de Instrucción nº 5 de Getafe que decretó el sobreseimiento y archivo de las diligencias previas iniciadas en dicho Juzgado.

Considera, que las secuelas que padece y que pueda padecer su hijo traen causa del error en el diagnóstico de cuadro vírico con el que fue diagnosticado cuando acudió al Servicio de Urgencias del HUG los días 5 y 8 de enero, sin que se realizaran pruebas diagnósticas, ni se siguieran los protocolos aplicables a pacientes pediátricos, para descartar enfermedades graves.

No cuantifica el importe de la indemnización y solicita, la exploración médica del menor a fin de determinar el alcance de las secuelas, así como toda la documentación medica relativa al menor desde el 5 de enero de 2008.

Aporta diversa documentación: certificación de nacimiento del menor, documentación médica y los autos, de 4 de septiembre de 2008 y 6 de septiembre de 2016 del Juzgado de Instrucción nº 5 de Getafe y de 8 de noviembre de 2016 de la Audiencia Provincial de Madrid.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del Dictamen:

El paciente, de 19 meses de edad, fue visto a las 23:05 horas del día 5 de enero de 2008 en el Servicio de Urgencias del HUG por tos, mucosidad y fiebre intermitente. En la exploración física presenta una temperatura de 37,9 C, pesa 12 kg, con buen estado general, eupneico en reposo, bien hidratado, perfundido, normocoloreado sin petequias, abdomen normal, auscultación cardiopulmonar normal, no rigidez de nuca y otoscopia normal. A las 23:30 horas recibe alta hospitalaria con juicio clínico de infección respiratoria de vías altas. Se pautó

tratamiento con apiretal, beber abundantes líquidos, lavados nasales con suero salino, volver si empeoramiento y control por Pediatra de Atención Primaria.

El 8 de enero de 2008 a las 22:00 horas el menor es visto nuevamente en Urgencias del HUG. Los padres refieren que en los últimos 8 días el menor ha presentado fiebre (máximo 38,2 C) de forma intermitente llegando a estar dos días afebril, concretamente el día anterior estuvo afebril, con tos y rinorrea, come la mitad de lo normal, ha presentado un vómito asociado a la tos, sin diarrea, en tratamiento con Flutox y le han dado 2 cc de apiretal por fiebre de 39,2 C. En la exploración física presenta una temperatura corporal de 38,8 C y pesa 13,060 kg. Su estado general es bueno, bien hidratado, nutrido y perfundido, normocoloreado sin exantemas ni petequias, la auscultación cardiopulmonar es normal, el abdomen blando, depresible sin megalias ni dolor a la palpación, Blumberg (-), sin signos meníngeos ni rigidez de nuca. La auscultación otoscópica es normal y oro-faringe congestiva.

Se realiza Rx de tórax que es informada de densidad perihiliar en probable relación con proceso viral.

Permaneció en observación. A las 23:15 horas presenta una temperatura de 38° C, a las 00:30 horas es de 39,8° C y se le administran 2 cc de Junifen. A las 01:00 horas, sin fiebre, recibe alta domiciliaria con diagnóstico de probable viriasis y se le pautó hidratación abundante, administrar Dalsy o Apiretal si la temperatura superaba los 38 y se indicó control por su Pediatra y si empeoraba, volver a Urgencias hospitalarias.

Según la historia clínica, el 9 de enero de 2018 acudió al pediatra del Centro de Salud Puerta Bonita y no al Centro de Salud el Greco tal y como indica la madre en su escrito de reclamación. El menor presenta

fiebre y tiene manchas, se encuentra semiinconsciente, mal perfundido, equimosis y petequias. Es trasladado en el coche del médico que lo atiende al HUG por sospecha de sepsis meningocócica, donde ingresa a las 09:55 horas.

En el HUG, a la exploración presenta mal estado general, equimosis generalizada, hipotensión, taquicardia e inestabilidad respiratoria. Se procede a sedoanalgesia, intubación y conexión a ventilación mecánica, colocación de sonda nasogástrica y vesical. Inicia antibiótico (cefotaxima) y dexametasona intravenosa. La analítica muestra insuficiencia renal y coagulopatía. Se administran drogas vasoactivas y, una vez estabilizado, se traslada a la UCI pediátrica del Hospital Universitario 12 de Octubre con diagnóstico de sepsis meningocócica, shock séptico, coagulopatía de consumo e insuficiencia renal aguda.

El 12 de enero de 2018 el hemocultivo creció *neisseria meningitidis*.

Permaneció ingresado en la UCI Pediátrica del Hospital Universitario 12 de Octubre hasta el 28 de enero de 2008 que paso a planta de Pediatría donde permaneció hasta que recibió alta el 2 de abril de 2008 con diagnóstico de necrosis cutánea en rodilla izquierda, glúteos y extremidades que precisaron injerto y tratamiento rehabilitador.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto la Ley 39/2015 de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del menor del HUG y del Hospital Universitario 12 de Octubre, pese a no ser objeto de

reproche la asistencia sanitaria dispensada en este último centro hospitalario.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81.1 de la LPAC, ha emitido informe, el jefe de Servicio de Pediatría del HUG (folios 38 y 39). En su informe, de 12 de julio de 2017, únicamente se detalla la atención dispensada al paciente los días, 5, 8 y 9 de enero de 2008 “*tras revisar la documentación en la Historia Clínica de este paciente*”.

Consta en el expediente el informe emitido por la Inspección Sanitaria el 1 de marzo de 2018 (folios nº 382 a 390 del expediente) que considera que con los datos de la historia clínica, el diagnóstico de probable viriasis fue correcto puesto que el niño cuando acudió a Urgencias del HUG, en ese momento, no reunía criterios para sospechar una sepsis meningocócica y comparte, el criterio mantenido por el perito judicial en el procedimiento iniciado por denuncia de los padres por imprudencia profesional, de que primeramente surgió un cuadro infeccioso viral y, a continuación, la sepsis meningocócica de evolución fulminante, para concluir, que la asistencia se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

En este estado del procedimiento, se comunicó la apertura del trámite de audiencia. Dentro del plazo establecido, la madre del menor presentó alegaciones el 19 de julio de 2018 en las que ratificaba lo manifestado en su reclamación y mostraba su disconformidad con las conclusiones emitidas por la Inspección Médica en su informe, por considerar, que una analítica hubiese bastado para obtener un diagnóstico adecuado cuando el menor fue atendido en Urgencias el día 8 de enero de 2008, y así se habrían evitado las secuelas que presenta el menor.

El 23 de abril de 2019, el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación

**CUARTO.-** El 13 de mayo de 2019 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen.

Tras ser registrada con el nº 244/19, ha correspondido la solicitud del presente expediente, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 8 de agosto de 2019.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y por solicitud de un órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en tanto que representante legal de su hijo menor de edad *ex* artículo 162 del Código Civil.

La relación de parentesco resulta acreditada con el certificado de nacimiento del menor en el que la reclamante figura como madre del menor.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico de HUG, perteneciente a su red pública asistencial.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 LPAC).

En este caso, si bien se está reclamando por la asistencia sanitaria prestada el día 8 de enero de 2008 en el HUG, debe tenerse en cuenta, además, que en septiembre de 2008 se incoaron diligencias penales por los hechos que se reclaman en este expediente, con la eficacia interruptiva que la jurisprudencia del Tribunal Supremo les atribuye (valgan por todas las Sentencias de 23 de enero de 2001, recurso 7725/1996, y de 16 de noviembre de 2011, recurso 4522/2009), lo que también se ha reflejado en nuestros Dictámenes 30/17, de 26 de enero, 350/18, de 26 de octubre, entre otros, y puesto que en las Diligencias Previas de Procedimiento Abreviado 1627/2008, se ha dictado auto el 8 de noviembre de 2016 por la Audiencia Provincial de Madrid, desestimatorio del recurso de apelación interpuesto contra el auto de 6

de septiembre de 2016 del Juzgado de Instrucción nº 5 de Getafe, que acordó el sobreseimiento provisional y el archivo de las actuaciones, la reclamación presentada el 31 de mayo de 2017 debe considerarse presentada en plazo.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. De acuerdo con el artículo 81 de la LPAC, se ha recabado el informe del servicio médico implicado. Y consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a la reclamante, que presentó alegaciones, y finalmente, se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Esta previsión ha sido desarrollada por la LRJSP en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

**CUARTA.-** El reproche que realiza la reclamante reside en una supuesta *mala praxis* cuando acudió con su hijo en Urgencias del HUG el día 8 de enero de 2008 puesto que, aun reconociendo que la sepsis sea de difícil detección, considera que se le debió realizar una analítica que hubiese permitido un diagnóstico precoz y evitado el alta y las secuelas que presenta.

Sin embargo, tal y como nos recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de febrero de 2015 (recurso 1064/12): *“No basta con afirmar que para un diagnóstico más certero de una patología debían haberse realizado otras pruebas diagnósticas hasta agotarse todas las posibilidades diagnósticas, pues una vez diagnosticada una patología y a la vista de todas las circunstancias concurrentes en el caso es más fácil afirmar que debieron efectuarse más pruebas diagnósticas. Pero se olvida que los servicios sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización.”*

Deviene necesario precisar, que en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es a la parte reclamante a la que incumbe, como regla general ordinaria, la carga de

la prueba. Así lo proclama la jurisprudencia, de la que sirve como exponente la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de enero de 2017 (recurso 390/2014), cuando señala que constituye jurisprudencia consolidada la que afirma que *“el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización”*.

La forma de probar si se está en presencia de una asistencia contraria a la *lex artis* debe hacerse con medios probatorios idóneos como recuerda el Tribunal Superior de Madrid en su sentencia de 18 de marzo de 2016 (recurso 154/2013): *“Las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*.

Pues bien, la reclamante no ha aportado al procedimiento ningún criterio médico o científico que sirva para corroborar técnicamente las deficiencias en la asistencia sanitaria en que basa su reclamación, desmentidas además por la historia clínica y los informes obrantes en el expediente.

Así, la historia clínica pone de manifiesto que el menor fue atendido en Urgencias el día 8 de enero de 2008 por tos, rinorrea, se informó de fiebre intermitente, pérdida de apetito y un vómito asociado a la tos y salvo fiebre de 38,2° C y posteriormente 39,2 ° C que requirió la administración de apiretal, su estado general era bueno, no presentaba signos meníngeos, ni rigidez de nuca y la piel y las mucosas se encontraban normocoloreadas, sin exantemas ni petequias. Además,

se realizó una Rx de tórax informándose de *“densidad perihilar en probable relación con proceso viral”*, interpretación que la Inspección Sanitaria califica de *“correcta”*. Sin embargo, cuando el menor acude al Centro de Salud el día 9 de enero de 2008 el niño presenta fiebre, tiene manchas, se encuentra semiinconsciente, mal perfundido, con equimosis y petequias, por lo que es trasladado por el médico que lo atiende a Urgencias del HUG donde ingresa con el diagnóstico de sepsis meningocócica.

Hay que tener en cuenta que, en Urgencias, la información con la que cuentan los médicos es la que refieren los propios pacientes o las personas que les acompañan. Luego, tras las pruebas y la exploración a que les someten es cuando se realiza el diagnóstico y se prescribe el tratamiento. Y en este caso el menor fue explorado, se realizó una radiografía, permaneció en observación y sin fiebre ni signos meníngeos ni rigidez de nuca, recibió alta el día 9 de enero de 2008.

El informe de la Inspección Médica da cuenta de la dificultad de un diagnóstico correcto y precoz de la enfermedad meningocócica porque los síntomas iniciales son inespecíficos y en los bebés las manifestaciones son menos evidentes, por lo que debe sospecharse, si hay mal aspecto, rechazo de la alimentación, respiración quejumbrosa y decaimiento o bien irritabilidad exagerada, y *“en nuestro caso, el niño no presenta antecedentes de interés y la exploración, salvo fiebre de 38,8° C y orofaringe congestiva, resultó rigurosamente normal. Su estado general era bueno y no presentaba signos meníngeos pero el cuadro puede evolucionar rápidamente con desenlace fatal en pocas horas”*.

Como recuerda la Inspección Sanitaria en su informe, en Medicina se deben solicitar aquellas pruebas que, por los datos clínicos, se considera que pueden dar una información útil para el diagnóstico y/o para el tratamiento, evitando realizar aquellas que se cree que van a

aportar poca o nula información para esos fines, sobre todo cuando no son inocuas.

En este caso, aparte de la exploración física se realizó una radiografía de tórax que no mostró condensaciones, ni infiltrados alveolares, ni derrames ni fugas aéreas. Ello lleva a la Inspección Sanitaria a afirmar que en Urgencias se valoró al paciente de forma correcta en función de los síntomas que refirieron los padres y que se consignó en la anamnesis y de los datos resultantes de la exploración y la prueba radiológica que se realizó.

Para la Inspección Sanitaria, “*la asistencia se ajustó a la lex artis ad hoc*”, según sus propias palabras, y a esta conclusión debemos atender, dada la importancia que en línea con la jurisprudencia solemos otorgar a su informe ya que su fuerza de convicción deviene de su profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes [así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016)].

Además, tal como recoge el Auto del Juzgado de Instrucción nº 5 de Getafe de 6 de septiembre de 2016 dictado en las Diligencias Previas seguidas a instancia de los padres:

*“queda claro de la comparación de la información proporcionada por distintas partes de asistencia médica e informes, la proporcionada por las declaraciones prestadas por los investigados y testigos, y la valoración que se hace de dicha información por el perito médico; que la conclusión a la que se llega es que en la noche del 8 al 9, la investigada examinó al paciente realizando cuantas pruebas se consideraban procedentes según el estado general que presentaba y que no indicaba la presencia de una infección bacteriana, sino vírica. A esa misma conclusión llega el perito junto con los que trataron al enfermo: que posiblemente fueron dos procesos, el vírico*

*y el bacteriano, los que concurrieron de forma sucesiva, de modo que fue entre la consulta de urgencias de la noche del 8 al 9 y la consulta en el centro de salud en la mañana del día 9 cuando se desarrolló el cuadro del proceso bacteriano, la sepsis, que permitió a los pediatras del centro de salud identificar claramente la situación grave del paciente; y ello debido a que dicho proceso de sepsis meningocócica se ha descrito como fulminante , es decir con una evolución de horas; y que teniendo en cuenta estas conclusiones, no era posible imputar a la investigada un comportamiento imprudente a la hora de tratar a su paciente, tanto en la exploración y decisión de las pruebas complementarias que eran procedentes para llegar al diagnóstico , como a la hora de fijar el mismo, pautar las actuaciones subsiguientes y darle el alta en urgencias”.*

Y en idéntico sentido se expresa el Auto de 8 de noviembre de 2016 de la Audiencia Provincial de Madrid, desestimatorio del recurso de apelación interpuesto por los padres del menor cuando señala: *“no se puede inferir la necesaria relación causal entre lo que la recurrente interpreta como una mala praxis al no haberse realizado antes pruebas complementarias que según su tesis, hubiesen podido evitar o minimizar tan grave infección, cuando debemos insistir, el perito judicial, concluye que primero surge un cuadro infeccioso viral y así fue diagnosticado y tratado, resultando que se infiere de la investigación que los síntomas de la meningitis aparecieron de forma repentina y actuaron fulminantemente”.*

Todo ello nos lleva a considerar que no hubo mala praxis en la asistencia dispensada al menor y el daño padecido no puede considerarse antijurídico.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente,

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de *mala praxis* en la atención dispensada al paciente ni concurrir la antijuridicidad del daño.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 8 de agosto de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 314/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid