

Dictamen nº: **578/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **10.11.21**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 10 de noviembre de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por un abogado en nombre y representación de Dña. .... y D. .... (en adelante, “*los reclamantes*”), que actúan a su vez en nombre y representación de su hijo ....., por los daños y perjuicios que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria prestada al menor en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HNJ) a quien dieron el alta sin diagnosticarle la neutropenia y dificultad respiratoria grave que sufría.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Con fecha 12 de febrero de 2020, la persona citada en el encabezamiento presenta una de reclamación por responsabilidad patrimonial como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida por el hijo de los reclamantes en el HNJ.

Expone que el día 1 de mayo del año 2019, los reclamantes acudieron con su hijo al Servicio de Urgencias del HNJ puesto que el menor presentaba “*fiebre desde hace tres días, máximo de 39°. Asocia aftas orales*”

*desde el inicio y disfonía, babeo continuo, tiene algo de tos y mocos, no vómitos. Desde esta mañana lo notan muy decaído con tendencia a dormirse. Rechazo de la ingesta”.*

Señala que, tras una somera exploración, en menos de una hora, el menor fue dado de alta a su domicilio sin procederse a realizar una sola prueba diagnóstica, y que al día siguiente, día 2 de mayo del año 2019, los reclamantes, preocupados por el empeoramiento de su hijo acudieron nuevamente al HNJ. Según se reflejó en el informe, el menor presentaba:

*“Niño que acude a urgencias por fiebre de evolución (temperatura máxima de 39,8º) asociada a aftas bucales. Asocia tos y mucosidad. Sin vómitos, deposiciones de menor consistencia de la habitual...”.*

Refiere que nuevamente, sin realizar una sola prueba diagnóstica y en menos de treinta minutos el menor fue remitido de alta a su domicilio.

Indica que en estas circunstancias, y ante la desesperación por ver que el estado de su hijo empeoraba sin que se adoptase medida alguna por los facultativos del HNJ, los reclamantes decidieron acudir apenas unas horas más tarde, pero ya día 3 de mayo de 2019, al Hospital Universitario del Tajo.

Explica que en el referido centro, tras realizar una exploración protocolizada y una analítica se dispararon las alarmas, al evidenciarse una neutropenia y una dificultad respiratoria grave, acordándose el traslado inmediato del niño a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario 12 de Octubre –HUDO-, donde permaneció ingresado desde esa misma fecha hasta el día 22 de junio del año 2019, constando en el informe de alta los siguientes diagnósticos:

*“• Shock Séptico. Infección por metapneumovirus.*

*• SRDA secundario a shock séptico que precisó ECMO.*

- *Leucopenia con neutropenia grave.*
- *Insuficiencia Renal con trombopenia,*
- *Microangiopatía trombótica asociada a fracaso multiorgánico*
- *Bajo gasto cardíaco e hipoxemia refractaria.*
- *Disfunción diastólica ventricular derecha.*
- *Delirio post-UCIP*
- *Necrosis extensa de pies y manos con amputación de ambos antepiés.*
- *Linfopenia B estudio”.*

Finalmente, indica que el niño continúa en seguimiento por consultas y tratamiento sin que en el momento de presentar la reclamación se encuentren determinados la totalidad de los daños y perjuicios ocasionados tanto a él, como a sus padres.

En cuanto a la cuantía de la indemnización, indica que ha de establecerse como indeterminada al no disponer del historial médico completo niño, y no contar por tanto con elementos de criterio suficientes para poder determinar el alcance de la gravedad de las actuaciones que produjeron el daño, por lo que considera imposible proceder a su cuantificación. Precisa que dicha cuantificación se verificará cuando sea posible e incluirá el daño moral y el perjuicio económico causado.

Se adjunta copia del libro de familia de los reclamantes y escritura de poder otorgada a favor del abogado firmante del escrito de reclamación.

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

El 28 de abril de 2019, los reclamantes acuden con su hijo, de 19 meses en el momento de los hechos y sin antecedentes de interés, a Urgencias del centro de salud, por *“lesiones a nivel oral”*. En el informe emitido consta: *“en los días previos tos. No disnea, no autoescucha de sibilancias. No fiebre termometrada. Han tenido casos en la guardería de escarlatina. No otra sintomatología, acudirá de nuevo. Buen estado general (BEG). Bien hidratado y perfundido. Normocoloración de piel y mucosas. No exantemas ni petequias: Buen relleno capilar. ORL: faringe de aspecto normal, sin exudado. Auscultación cardiaca (AC) rítmico. Auscultación Pulmonar (AP): MVC sin ruidos sobreañadidos. Tª36,1°. Juicio clínico (JC): Probable viriasis. Plan: Observación domiciliaria; Paracetamol (...); Alocclair 2-3 veces/día; seguimiento y control por su pediatra de AP; Si empeoramiento de sintomatología volverá de nuevo”*.

El 29 de abril acuden de nuevo al centro de salud por febrícula y lesiones en boca. Consta exploración física (EF) superponible a la realizada el día anterior en Urgencias y como plan, continuar con tratamiento.

El 1 de mayo de 2019, acuden a Urgencias del HNJ a las 17:44 h. Nivel de triaje 3. Evaluación inicial triángulo de evolución pediátrica: dificultad respiratoria leve. Síntoma principal: fiebre; síntoma asociado: lesión en boca, mucosidad nasal, tos. No estridor. Saturación oxígeno 99. Calendario vacunal de acuerdo con la edad. Fiebre desde hace 3 días, máximo 39°C, asocia aftas orales desde el inicio y disfonía, babeo continuo, tiene algo de mocos y tos, no vómitos. Desde la mañana lo notan muy decaído con tendencia a dormirse. Rechazo de la ingesta. Ha recibido estilsona (se lo ha administrado la madre) y Alocclair.

En la exploración física presenta una saturación de oxígeno de 99 y una temperatura corporal de 37.3 °. Buen estado general, no aspecto séptico. Bien nutrido, hidratado y perfundido. Eupneico 2. Piel y mucosas: color normal, sin exantemas, ni petequias. Mucosas húmedas. Cabeza y cuello: normal. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral con ruidos transmitidos de vía aérea

superior, sin tiraje. Desde un punto de vista neurológico: no rigidez de nuca, protesta con fuerza cuando se le explora, cuando está con la madre enseguida cierra los ojos. Faringe: aftas en labios, lengua, mucosa yugal y amígdalas. Otoscopia bilateral normal.

Diagnóstico principal: Gingivostomatitis herpética. Tratamiento: Aftex spray, ibuprofeno si dolor. Recomendaciones: Ofrecer líquidos con frecuencia. Evitar alimentos ácidos muy calientes. Volver si no consiguen darle líquidos o empeora el estado general.

El 2 de mayo de 2019 acuden de nuevo al HNJ, a las 22:04 h. Triage: Urgencia menor 4. Evaluación inicial TEP: estable, síntoma principal: fiebre. No dolor. Historia actual: acude por fiebre de 3 días de evolución (T<sup>a</sup> máxima: 39.8°) asociada a aftas bucales (diagnosticado de gingivostomatitis herpética). Asocia tos mucosidad. Sin vómitos, deposiciones de menor consistencia de la habitual. Ingesta de líquidos y diuresis mantenida. Acude a guardería. No ambiente epidémico familiar. Exploración física: T<sup>a</sup> 37.9. Buen estado general, no aspecto séptico. Bien nutrido, hidratado y perfundido. Eupneico. Piel y mucosas: color normal, sin exantemas, ni petequias. Mucosas húmedas. Presencia de saliva y lágrima, relleno capilar <2sg. Gorelick: 0 puntos. Cabeza y cuello: normal. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral, con ruidos transmitidos de vía aérea superior, sin tiraje. No rigidez de nuca, meníngeos negativos. ORL: Faringe: aftas en labios, lengua, mucosa yugal y amígdalas. Otoscopia bilateral normal. Diagnóstico principal: gingivostomatitis herpética. Igual tratamiento y recomendaciones.

El día 3 de mayo de 2019, acuden al Hospital del Tajo a las 8.44 h por disnea, por tos desde hace 2 días y *“desde anoche dificultad respiratoria”*, no han puesto tratamiento en domicilio, ya que desde el domingo asocia cuadro de gingivostomatitis diagnosticada de herpética, Tratamiento tópico (visto en HNJ en dos ocasiones durante la semana). Fiebre de hasta

40° de dos días de evolución asociado a herpes labial en tratamiento con Alocclair y Aftex. Hiporexia.

Exploración física: temperatura 38°. Saturación de oxígeno: 88%. Frecuencia cardíaca: 202 latidos por minuto. Regular estado general. Color pajizo de piel, con leve cianosis perioral. Tiraje a 3 niveles y polipnea. Auscultación cardíaca: ritmo y tonos normales. Auscultación pulmonar: hipoventilación generalizada con roncus respiratorios diseminados. Se administra tratamiento en Urgencias y se inicia oxigenoterapia en GN y posteriormente a alto flujo. Fiebre 39°. Se realiza analítica detectando neutropenia con leucopenia y niveles elevados de PCR. Pasa a box vital donde se administra piperacilina, tazobactan y amikacina. Se realiza RX de tórax: aumento de hilio, sin clara consolidación. Se toman cultivos. Juicio crítico: fiebre y neutropenia. (1000 leucocitos con 0 neutrófilos). Dificultad respiratoria grave. Se traslada a la UCI del Hospital Universitario 12 de Octubre.

De acuerdo con el informe de Medicina Intensiva del HUDO, de alta por traslado de servicio el 22 de mayo de 2019, a su ingreso en el citado hospital, el niño presenta una frecuencia cardíaca (FC) de 210 latidos por minuto. Mal estado general, decaído e hipoactivo, aunque reactivo a estímulos. Buen relleno capilar periférico, sin aspecto vasodilatado, pulsos femorales presentes, simétricos y de amplitud normal. Tiraje a tres niveles con polipnea y estridor inspiratorio. Lesiones aftosas diseminadas en labios, mucosa oral y paladar con restos blancuzcos de fibrina, no lesiones en otras mucosas. Auscultación pulmonar: disminución de entrada de aire bilateral, más en base derecha, alargamiento espiratorio, roncus dispersos, crepitantes en base derecha.

Se realizan analíticas que confirman neutropenia y leucopenia, con PCR de 31,24mg/dl.

Se practican los siguientes estudios de imagen:

El 3 de mayo de 2019, Rx tórax: opacidades perihiliares confluentes, sobre todo en el lado derecho, que borra el contorno cardíaco, compatible con consolidación del espacio alveolar. En región basal derecha, retrodiafragmático, podría existir afectación parenquimatosa también.

Ecografía Abdominal: Hepatoesplenomegalia. Edema.

El día 4 de mayo de 2019 se repite RX tórax: cuadro sugestivo de bronconeumonía con opacidades confluentes de predominio perihiliar/central, sin cambios relevantes con respecto al estudio previo. Se objetiva peor aireación del LSD. No signos de derrame pleural. Hepatomegalia.

El 5 de mayo de 2019 se realiza una nueva Rx tórax: empeoramiento radiológico, con aumento de las opacidades parenquimatosas parcheadas bilaterales, que podría estar en relación con distrés respiratorio.

Se realizan distintas serologías de virus, resultando negativas. El informe médico describe y comenta la evolución del cuadro según afectación de distintos aparatos:

-Cardiopulmonar: a su ingreso presenta mal estado general asociado a taquicardia y dificultad respiratoria conectándose inicialmente a ventilación mecánica no invasiva. Dada la insuficiencia respiratoria y la taquicardia mantenida sin mejoría, se decide intubación programada tras sedación e inicio de ventilación invasiva, repitiéndose la Rx tórax con aumento de infiltrados bilaterales, sugerentes de distrés respiratorio agudo (SDRA), presenta progresiva inestabilidad hemodinámica, se inicia soporte. Progresivos signos de shock con datos de bajo gasto cardíaco, hipoxemia, sin respuesta a tratamiento, por lo que se decide canulación en ECMO4. Desde este momento, buena evolución a nivel hemodinámico y respiratorio. Tras 7 días con este soporte, permite descender asistencia y decanular ECMO, con situación cardiopulmonar estable. Desde las 24 horas del ingreso, presenta hipoperfusión de extremidades distales que ha

ido evolucionando hasta una necrosis que afecta a ambos pies y pulpejos de 2º, 3º y 4º dedos de mano izquierda.

-Metabólico-renal: progresivos signos de insuficiencia renal a las 24 horas que precisa hemodiafiltración.

-Infeccioso: cuadro previo de gingivoestomatitis con fiebre asociada y leve clínica catarral, interpretado inicialmente como gingivoestomatitis herpética, pero con serologías negativas tras ingreso, por lo que se interpreta como mucositis secundaria a la neutropenia o infección por otro virus. Tratamiento que se ajusta con el empeoramiento respiratorio y radiológico y para cubrir gérmenes oportunistas y hongos. Tras descartar patología de base y recuperar la neutropenia, se deja como tratamiento antibiótico Meropemen, hasta el día 18 de mayo.

Posteriormente presenta picos febriles aislados y febrícula mantenida, con cultivos negativos, no se inicia nuevo tratamiento, interpretándose la fiebre en el contexto inflamatorio de necrosis de zonas periféricas. Se realiza serología urgente, que presenta inicialmente un falso positivo para virus VEB, con PCR negativa, resto de serologías negativas, hemocultivos de su hospital de origen y de este hospital negativos. Cultivo de virus positivo sólo para metapneumovirus.

-Inmunológico: sospecha inicial de síndrome hemofagocítico, con algunos criterios (fiebre, bicitopenia con neutropenia y trombopenia, coagulopatía con hipofibrinogenemia y dímeros elevados, hepatoesplenomegalia inicial, por lo que se realiza un aspirado de médula ósea, que no muestra hemofagocitosis y sólo confirma las series descendidas con formas inmaduras y sin blastos). Se realiza estudio inmunológico inicial que al estar leuco y linfopénico, es poco valorable y se repite posteriormente y no presenta alteración significativa. A las 24h de ingreso con la sospecha de dicha patología y la gravedad del cuadro, se inicia tras consulta con especialista en inmunodeficiencias, tratamiento con corticoides y una dosis de inmunoglobulinas.



-Neurológico: sin focalidad, decaimiento en relación a situación global grave. Sedación desde la intubación.

-Hematológico: leucopenia y neutropenia grave inicial, progresiva trombopenia de coagulopatía de consumo y microangiopatía trombótica, con necrosis de zonas periféricas de extremidades, reperfundiendo en extremidades superiores y algo menos en las inferiores (seguimiento pos cirugía plástica). Politransfusiones, Tras cumplir criterios de microangiopatía y trombopenia con afectación multiorgánica se realiza intercambio plasmático.

Otros: Desde las 24 horas del ingreso, presenta hipoperfusión de extremidades distales en relación al shock, que ha ido evolucionando hasta una necrosis que afecta a ambos pies y pulpejos de 2º, 3º y 4º dedos de mano izquierda.

Diagnóstico principal: Fiebre y neutropenia.

Otros diagnósticos: Neumonía derecha. Insuficiencia respiratoria aguda. Síndrome de distrés respiratorio; shock séptico con cultivos negativos; disfunción diastólica ventricular derecha. Bajo gasto cardíaco e hipoxemia refractaria. Canulación ECMVA; insuficiencia renal aguda; coagulopatía de consumo; microangiopatía trombótica asociada a fracaso multiorgánico (TAMOF); intercambio plasmático; necrosis periféricas (dedos pies y pulpejo dedos de mano). Sospecha de alteración inmunológica basal pendiente de completar estudio.

En el informe de Pediatría y Enfermedades Infecciosas del HUDO, de alta a domicilio de fecha 22 de junio de 2019, resumidamente, consta la exploración al ingreso a planta, se refieren analíticas realizadas y estudios de imagen.

Figura que se realizan múltiples estudios y cultivos para intentar identificar la causa viral o bacteriana del cuadro que presenta el niño, con

muestras de sangre (hemocultivos), aspirados nasofaríngeos, exudados orales, lavado bronco alveolar, y que resultan negativas para todos los gérmenes, presentando positividad únicamente para metapneumovirus.

Consta a su vez que por Traumatología y Cirugía Plástica se realiza amputación de antepié bilateral el día 19 de junio de 2019 por el margen de la zona de isquemia. Resección de los metatarsianos del 1° al 5°, hasta zona de medular sangrante, a un cm de la base de los mismos. Se realizan varias curas postquirúrgicas con buen aspecto de heridas, permanece con pies vendados.

Desde un punto de vista dermatológico, se indica que al ingreso en planta tenía un rash maculopapuloso y pruriginoso que va desapareciendo progresivamente. Al alta escasas lesiones maculopapulosas de unos 3 mm en miembros inferiores, no nuevas aftas orales. Ha sido valorado por Dermatología que plantea seguimiento.

El diagnóstico principal es de shock séptico. Infección por metapneumovirus.

Otros diagnósticos: SRDA secundario a shock séptico que precisó ECMO. Leucopenia con neutropenia grave; insuficiencia real; microangiopatía trombótica asociada a fracaso multiorgánico (TAMOF); intercambio plasmático; bajo gasto cardíaco e hipoxemia refractaria. Canulación ECMVA; disfunción diastólica ventricular derecha; Necrosis extensa de pies y manos con amputación de ambos antepiés, en el contexto del shock. Linfopenia B en estudio.

Tras la revisión de herida de pie derecho por mala evolución se realizó cobertura cutánea con colgajos + resección parcial de calcáneo el 12 de septiembre de 2019. Desde entonces y hasta enero de 2020, presenta fistula cutánea en talón derecho en fase aun de curación y en consulta de Rehabilitación, lo que dificulta la deambulación

En la historia clínica constan numerosas y constantes consultas realizadas a Urgencias del HUDO, así como a distintos servicios para seguimiento y valoración (Cirugía Plástica, Pediatría y Enfermedades Infecciosas, Inmunodeficiencia, Rehabilitación).

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, ha emitido informe el Servicio de Urgencias del HNJ, que analiza separadamente y con amplio apoyo bibliográfico, las dos consultas objeto de reproche:

Sobre la consulta del día 1 de mayo de 2019, considera que fue adecuada, acorde con el motivo de la consulta y con la situación del paciente. Indica que se realizó historia clínica, y exploración sistemática y completa. En el triaje se valoró que tenía dificultad respiratoria leve, por lo que se midió la saturación de oxígeno con pulsioxímetro, siendo completamente normal (99%). Señala los hallazgos patológicos que se encontraron en la exploración: fiebre de bajo grado (37,3 °) y aftas bucales. Precisa que consta en la historia clínica que el paciente tenía BEG, no aspecto séptico. Bien nutrido, hidratado y perfundido.

Añade que la etiología más frecuente de este cuadro clínico- aftas en boca con fiebre- es vírico, siendo el herpes simple el virus implicado con más frecuencia. Afirma que por ello, es estos casos, se puede establecer el diagnóstico clínico de “estomatitis herpética”, sin necesidad de ninguna prueba complementaria. Afirma que el tratamiento es el mismo independientemente del virus que lo produzca, que consiste en analgesia y asegurar una adecuada hidratación, como se indicó.

Sobre la segunda consulta, realizada el día 2 de mayo de 2019 a las 22.04 h, considera que de nuevo la consulta fue adecuada. Indica que, en el triaje, según el triángulo de evaluación pediátrica, el paciente estaba estable (apariencia, respiración y color normal), y que se vuelve a hacer una anamnesis detallada de su situación. Explica que, como las aftas en la boca puede interferir la ingesta de líquidos, se indaga y se registra en la historia clínica este aspecto: *“Sin vómitos, ni deposiciones.... Ingesta de líquidos y diuresis mantenida”*. Añade, que la exploración, también fue completa y rigurosa, y solo objetiva como hallazgos patológicos, la presencia de fiebre de bajo grado (37,9) y aftas en la boca. Se valoró de forma explícita el estado de hidratación del paciente, como está indicado en estos cuadros: *“mucosas húmedas. Presencia de saliva y lágrima, relleno capilar<2seg. Gorelick: 0 puntos”* y consta que el paciente respira con normalidad de forma repetida en el informe: *“eupneico y sin tiraje”*. Explica que la escala de Gorelick es utilizada en muchos servicios de urgencias pediátricos para evaluar el estado de hidratación de los pacientes de forma objetiva; un valor 0 se corresponde con un estado de hidratación normal.

En relación a la prolongación del tiempo de relleno capilar, explica que es un indicio de mala perfusión periférica y está presente en los pacientes sépticos, presenciando que el valor del niño era normal (<2sg).

Añade que, en un paciente con fiebre y aftas en la boca, estable y con buen estado de hidratación, no está indicado hacer pruebas complementarias y el tratamiento indicado sigue siendo sintomático.

En relación a la presentación posterior de un cuadro séptico con dificultad respiratoria, afirma que ninguno de los hallazgos de la historia clínica o de la exploración en las consultas realizadas en el HNJ, planteaba en ese momento la posibilidad diagnóstica de una sepsis, resaltando que el paciente respiraba con normalidad y tenía una saturación de oxígeno también normal.

Se refiere a la sepsis, como un síndrome clínico de disfunción de órganos potencialmente letal, causada por una respuesta descontrolada a la infección. Explica que a veces, las infecciones bacterianas incluida la sepsis, son complicaciones de infecciones víricas (gripe...varicela...), y que hasta que la sobreinfección bacteriana no sobreviene, los síntomas y signos que presenta son los propios de la infección vírica desencadenante. Añade que, además, las manifestaciones clínicas iniciales de los pacientes sépticos son muy inespecíficas, lo que dificulta el diagnóstico. Precisa que, en el caso de las estomatitis, la sepsis es una complicación rara, con publicaciones científicas al respecto sólo de casos aislados

Valora la presencia de un metapneumovirus, y considera que éste puede haber sido el desencadenante del cuadro del paciente o un hallazgo casual, que no tenía relación con el problema de salud que el niño presentaba en ese momento. Explica que las personas infectadas con ese virus pueden estar eliminándolo durante 7-14 días, por lo que se puede seguir detectando.

Considera importante destacar que el descubrimiento de la presencia del metapneumovirus con anterioridad (por ejemplo, cuando consultó en el Servicio de Urgencias del HNJ), no hubiera cambiado ni el manejo, ni el tratamiento del paciente. Añade, que los metapneumovirus son un tipo de virus que causan infecciones respiratorias de vías altas y bajas, principalmente y que no tienen tratamiento específico, su tratamiento es sintomático. Indica que está descrito que pueden complicarse con neumonía bacteriana, aunque la frecuencia se desconoce.

Finalmente, hace referencia a la presencia de linfopenia B que consta en el informe, y explica que ésta puede ser primaria (de nacimiento) o secundaria a la sepsis, señalando que si se trataba de una linfopenia primaria podría formar parte de una inmunodeficiencia que el niño padecía y que no se había manifestado hasta el momento, sin que según

antecedentes del niño, hasta esa fecha no existía ningún dato que planteara la posibilidad de una inmunodeficiencia asociada.

Como comentario final indica que la atención al paciente en el Servicio de Urgencias del HNJ fue adecuada y acorde con el cuadro clínico que presentaba el paciente, añadiendo que en ese momento el niño no presentaba ningún signo de gravedad, como ocurrió posteriormente en el Hospital Universitario del Tajo, que obligara a otra actuación clínica.

Por su parte, el informe de la Inspección Sanitaria, tras analizar la historia clínica y la documentación obrante en el expediente, concluye que no puede afirmar que la actuación de los profesionales del HNJ, no se ajustara a la *lex artis ad hoc*.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, evacuado el oportuno trámite de audiencia, los reclamantes presentaron alegaciones en el sentido de ratificarse en su escrito inicial, e incidir en la no realización de una pulsioximetría en la segunda consulta en el Servicio de Urgencias del HNJ, circunstancia que identifican con una clara pérdida de oportunidad.

El viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública ha formulado propuesta de resolución de 5 de octubre de 2021 en el sentido de desestimar la reclamación por no concurrir los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 8 de octubre de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 10 de noviembre de 2021.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** El dictamen de la Comisión Jurídica Asesora resulta preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada – como es el caso-, o superior a 15.000 euros. La solicitud se ha efectuado por órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (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.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), en cuanto sufren el daño moral presuntamente ocasionado por la asistencia médica prestada a su hijo, y actúan debidamente representados por letrado. Por otro lado, intervienen en el procedimiento en nombre y representación de su hijo menor de edad, ex artículo 162 del Código Civil.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó en un centro sanitario público de su red asistencial.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, aunque la asistencia sanitaria objeto de reproche tuvo lugar los días 1 y 2 de mayo de 2019, y la reclamación de responsabilidad patrimonial fue presentada con fecha 12 de mayo de 2020, la historia clínica del menor obrante en el expediente pone de manifiesto que en esa fecha no se ha producido su curación ni se han determinado las secuelas que padece, en la medida en que constan numerosísimas consultas posteriores con distintos servicios del HUDO, siendo la última de la que se tiene constancia, de fecha 20 de febrero de 2020.

Por tanto, la reclamación se entiende presentada dentro del plazo legalmente establecido.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.



Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a los reclamantes que formularon alegaciones dentro del plazo conferido al efecto. Finalmente se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

**TERCERA.-** El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución Española y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que es necesario que concurra:

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) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

**CUARTA.-** En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio

público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) 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”».*

En el presente caso, los reclamantes consideran que se produjo un retraso diagnóstico imputable al Servicio de Urgencias del HNJ, ya que, tras acudir en dos ocasiones con su hijo, no se le realizaron las exploraciones y pruebas necesarias para haber evitado el shock séptico que se produjo posteriormente y que precisó ingreso en UCI, derivándose

una serie de complicaciones y secuelas como la amputación de ambos antepies.

Procede por tanto analizar el reproche de los reclamantes partiendo de lo que constituye regla general, y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Sin embargo, en este caso los reclamantes no han aportado prueba alguna de la supuesta mala praxis en la asistencia prestada en el HNJ, circunstancia que contrasta con el contenido de la historia clínica, el informe del servicio que prestó la asistencia sanitaria objeto de reproche, y el informe de la Inspección Sanitaria que considera que la atención dispensada fue correcta.

Efectivamente, la Inspección Sanitaria se refiere en primer lugar a las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, según las cuales, en la primera consulta, *“tras una somera exploración, en menos de una hora el menor fue dado de alta a su domicilio sin procederse a realizar una sola prueba diagnóstica”*; afirmando respecto de la segunda consulta que *“nuevamente, sin realizar una sola prueba diagnóstica y en menos de treinta minutos el menor fue remitido de alta a su domicilio”*.

Indica que no encuentra justificación para afirmar que la exploración realizada en el día 1 de mayo de 2019 pueda calificarse como “somera”, destacando que se reflejó el estado vacunal del niño, fundamental para actuaciones posteriores, y se realizó una anamnesis que, en su opinión,

según la bibliografía consultada y la valoración del informe del Servicio de Urgencias, fue adecuada. En este sentido, indica que se exploró y diagnosticó al paciente de gingivoestomatitis herpética, cuadro que justificaba en sí mismo los síntomas que presentaba el niño, precisando que la fiebre en estos casos puede ser elevada. Señala que a pesar de que la familia refiere que notan al niño muy decaído desde la mañana, con tendencia a dormirse, el estado general se refiere según la exploración – realizada a las 17.44 h- como “*buen estado general, buena hidratación y perfusión*”, y se detalla que “*no tiene aspecto séptico*”. A su vez, pone de manifiesto que la auscultación cardíaca, pulmonar y la exploración por el resto de aparatos es normal. Señala que sí presenta babeo y rechazo de la ingesta que se explica por la estomatitis que se objetiva, y que se valoró la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría, siendo también normal – Saturación oxígeno:99-.

En cuanto a la segunda consulta, del día 2 de mayo de 2019 al mismo hospital, con 30 horas más de evolución, destaca que en la exploración realizada no se objetiva empeoramiento y los signos y síntomas que se exploran no hacen sospecharlo. No presenta taquipnea (está eupneico), consta buen aspecto general, no tiene aspecto séptico, buena ventilación, se especifica que “sin tiraje”.

A la hora de valorar esta última exploración, señala que podría echarse en falta la pulsioximetría, que no se realizó en esta segunda consulta, y que a pesar de que en el triaje el síntoma principal es solo fiebre, sí se había realizado en consulta anterior. Afirma que hubiera sido conveniente conocer la PO2 en este momento, ya que también asociaba tos y mucosidad.

Sin embargo, sobre este aspecto -en el que inciden los reclamantes en su escrito de alegaciones- la Inspección precisa que sí se realizaron otras valoraciones importantes, que se detallan en el informe de Servicio de Urgencias, y que según la bibliografía consultada se asocian también a la saturación de oxígeno.

En concreto, indica que consta un relleno capilar  $<2$  seg, explicando que el tiempo de relleno capilar (TRC) normal  $\leq 2$ seg se asocia con una saturación de oxígeno en vena cava superior  $\geq$  a 70%. Señala que “*un TRC normal ( $\leq 2$ seg) es un buen predictor de una  $SvcO_2 > 70\%$* ”. Añade que consta también la exploración “Gorelick: 0 puntos”.

Cabe por tanto afirmar que, a pesar de no realizarse la pulsioximetría en esta segunda consulta, la saturación de oxígeno fue objeto de control a través de las pruebas referidas y que, por tanto, la omisión de la citada prueba no tuvo consecuencias en el diagnóstico efectuado.

Por otro lado, en términos coincidentes con el informe del Servicio de Urgencias del HNJ y con abundante apoyo bibliográfico, la Inspección afirma que no era precisa la práctica de pruebas complementarias (radiografía, analítica), ya que en ningún momento se observaron signos de alarma que así lo indicaran.

Se refiere a continuación al punto tercero de la reclamación en el que se afirma que: “*En estas circunstancias, y ante la desesperación por ver que el estado de su hijo empeoraba sin que se adoptase medida alguna por los facultativos del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, mis representados decidieron acudir apenas unas horas más tarde, pero ya día 3 de mayo de 2019, al Hospital Universitario del Tajo*”.

La Inspección precisa que, según consta en el informe de Hospital Universitario del Tajo, los padres acudieron por comenzar literalmente “*desde anoche dificultad respiratoria*”, que en ningún momento presentó antes. Se añade en la reclamación que “*en el referido centro, tras realizar una exploración protocolizada y una analítica, tras la que se dispararon las alarmas, al evidenciarse una neutropenia y una dificultad respiratoria grave, por lo que se acordó su traslado inmediato a la UCI del Hospital Universitario 12 de Octubre*”.

La inspectora considera que esta información no se ajusta a los informes de la historia clínica, y que queda claro que el niño acudió por iniciarse esa noche dificultad respiratoria, constatada ya de inicio por el aspecto que tenía el niño en Urgencias: (tiraje de 3 niveles, polipnea), color pajizo, regular estado general, una saturación de O<sub>2</sub> del 88% y 202 de latido cardiaco.

Precisa, remitiéndose a los informes del hospital, que este cuadro en un primer momento se trata como un episodio de broncoespasmo se aplica medicación de urgencias y se deja en observación con oxigenoterapia. Se refiere al comentario de Enfermería de Urgencias a las 9:07 h: *“gafas nasales 3L, monitorización continua”* y a como ante esta situación, se solicita analítica (consta anotación de resultados a las 10:58 h) y Rx de tórax. Señala que el paciente pasa a box vital pediátrico (anotación 12:23) por aumento de dificultad respiratoria y deterioro del estado general, con traslado posterior al HUDO por fiebre y neutropenia con dificultad respiratoria grave.

A la vista de dicha progresión, la Inspección afirma que no es que se siguiera una exploración y pruebas protocolizadas, sino que todas las pruebas complementarias que se solicitaron respondían al estado grave del niño, el cual era claramente objetivable en estos momentos.

A continuación, reitera que no considera, como así se afirma en la reclamación, que se haya dispensado una *“deficiente asistencia”* al niño en el HNJ, puesto que las pruebas “protocolizadas”, que en este caso serían un hemograma completo y/o una Rx de tórax se realizan en función de la anamnesis y exploración del paciente, y según la bibliografía consultada y el informe del Servicio de Urgencias, en estas dos consultas no se objetivaron síntomas o signos que así lo indicaran. Señala que el cuadro se enmarcaba dentro de una estomatitis herpética y *“el estudio diagnóstico, que incluye prueba de laboratorio y estudios radiográficos, no está indicado de forma sistemática, salvo que haya incertidumbre diagnóstica después de la exploración y si el paciente tiene aspecto grave”*.

Afirma que ninguna de estas dos razones se presentaba en este caso, y añade que tampoco ha encontrado ningún comentario o afirmación en la historia clínica del HUDO que pudiera sugerir un retraso diagnóstico.

Considera que “*a posteriori*”, cuando ya se conoce una evolución hay que diferenciar lo que se “*podría*” haber hecho de lo que se “*debería*” haber hecho.

Concluye que no puede afirmar que la actuación de los profesionales del Hospital Niño Jesús, no se ajustara a la “*Lex artis ad hoc*”.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

*“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

En efecto, como señala la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 6 de noviembre de 2013, recurso 729/2010: “*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”. En el mismo sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014).*

En este sentido, como apunta el informe de la Inspección, procede además tener presente que la asistencia médica ha de atender a las circunstancias de la asistencia y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual:

*«No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio “ex ante”, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente».*

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada al hijo de los reclamantes en el HNJ.



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 10 de noviembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 578/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid