



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 9 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de enero de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 586/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS), por los daños sufridos, según alega la reclamante, como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

2. La cuantía de la indemnización solicitada (200.000 euros) determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

3. Concorre el requisito de legitimación activa y, por ende, del derecho a reclamar de (...) al haber sufrido en su esfera moral el daño por el que reclama, que es el fallecimiento de su hija recién nacida [art. 31.1.a) LRJAP-PAC].

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

6. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

7. La solicitud indemnizatoria se ha presentado dentro del plazo de un año establecido en el art. 143.5 LRJAP-PAC, por ende, antes de que el derecho a reclamar haya prescrito, pues la reclamación se presentó por correo postal el 2 de agosto de 2016, respecto de un hecho dañoso acaecido el 2 de agosto de 2015, fecha del fallecimiento de la hija de la interesada.

II

1. El fundamento fáctico sobre el que descansa la pretensión resarcitoria, según se desprende del escrito de reclamación, es el siguiente:

«Primero.- Antecedentes.- La menor, nacida el 7 de marzo de 2015 (...) es una prematura de 33 semanas, de bajo peso, que presenta un Síndrome de Maullido de Gato, cuyo diagnóstico generalmente se caracteriza al momento del nacimiento en el hospital. Permaneciendo siempre en hospitales adscritos al SCS.

Segundo.- Circunstancias.- El día 7 de julio de 2015 es trasladada al HM Infantil, para realizarle cateterismo donde objetivan http y DAP, realizan cierre percutáneo del mismo con coil. Durante el ingreso precisó ventilación mecánica y presentó 2 episodios de desaturación de hasta el 30%, posteriormente se realizó un intento de destete y extubación (8/07/15). A

partir de ahí evolucionando con presencia de moderado trabajo respiratorio y acidosis y deciden iniciar VMNI con requerimiento de oxígeno hasta el 100% por episodios de desaturación repetidos; nuevamente es intubada.

El día 13 de julio de 2015 es trasladada al Hospital de Nuestra Señora de Candelaria, presentando a las 3 horas del ingreso agitación y mala adaptación al ventilador e inician tratamiento farmacológico y la conectan a VMI ventilación mecánica invasiva -modalidad MNV con autoflow.

Ya en dicho hospital se eleva el siguiente juicio diagnóstico:

Prematuridad 33 sm. Bajo peso.

Cromosomopatía: Síndrome de Cri Du Chat. Microcefalia.

Cardiopatía congénita: DAP+CIA+CIV+HTP.

ITU por *Klebsiella pneumoniae*.

Bronquiolitis VSR neg.

Dificultad en la alimentación: succión débil. Mala coordinación succión-deglución.

Donde podemos observar la infección bacteriana por *Klebsiella pneumoniae*.

Tercero.- Que, la transmisión de la precitada bacteria ha sido ocasionada con motivo de la estancia en los hospitales adscritos al Servicio Canario de Salud.

Este bacilo aerobio es el más importante del género "Klebsiella", pudiendo provocar infecciones del tracto urinario (lo más frecuente), sistema respiratorio, tejidos blandos y heridas, y, en ocasiones, en organismos debilitados, puede desencadenar una infección generalizada (sepsis) que puede terminar con la vida del paciente.

Cuarto.- En fecha 2 de agosto de 2015 se produjo el fallecimiento de la menor en el Centro Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil».

2. Por ello se solicita una indemnización, por los daños morales sufridos por la pérdida de su hija, cuantificada en 200.000 €.

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a la emisión de un dictamen de fondo. Conforme al art. 13.3 del RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses y se ha superado en este caso dicho plazo para resolver el procedimiento. Sin embargo, esto no impide que se deba dictar ahora la resolución que proceda, porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido el

indicado plazo [art. 42.1 LRJAP-PAC en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma Ley].

2. Constan practicadas las siguientes actuaciones:

- El 9 de agosto de 2016 se identifica el procedimiento y se insta a la persona interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, viniendo a aportarse esta por medio de correo postal el 24 de agosto de 2016.

- Por Resolución de 29 de agosto de 2016, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que esta recibe notificación el 5 de septiembre de 2016.

- Habiéndose solicitado informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el 29 de agosto de 2016, este se emite, tras haber recabado la documentación oportuna, con fecha 5 de junio de 2018.

- El 15 de junio de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten a trámite las pruebas aportadas por la interesada y se incorporan las de la Administración; y se acuerda asimismo, siendo todas las pruebas documentales y estando además todas ellas incorporadas al expediente, la conclusión de este trámite. De ello recibe notificación la reclamante el 26 de junio de 2018.

- El 15 de junio de 2018 se confiere a la interesada trámite de audiencia, de lo que recibe notificación el 26 de junio de 2018, sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 27 de junio de 2018 la reclamante presenta escrito por medio del que comunica su nuevo domicilio a efectos de notificaciones.

- El 3 de octubre de 2018 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la reclamante, que no fue informada por el Servicio jurídico, dado que «conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico»; lo que se estima incorrecto, primero, porque en todo caso ha de recabarse dicho informe y corresponde al propio servicio jurídico apreciar si la cuestión ha sido o no resuelta previamente; y, además, porque a la vista de las particularidades del caso no se trata de una cuestión resuelta previamente. No obstante, habida cuenta de la existencia de elementos de juicio

suficientes en este caso para que podamos pronunciarnos sobre el fondo del asunto, no se considera ello óbice para la emisión del presente dictamen.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, por entender que no existe la requerida relación causal entre el fatal desenlace y la asistencia prestada a la hija de la reclamante.

2. Son dos las cuestiones sobre las que se centra la reclamación: el diagnóstico tardío del síndrome Cri Du Chat que padecía la hija de la reclamante, al señalar ésta que no se diagnostica en el momento del nacimiento, y una infección nosocomial, originada por el prolongado ingreso hospitalario, como causa del fallecimiento de su hija.

Antes de responder a ambas cuestiones, es preciso exponer los antecedentes existentes en la historia clínica de la niña, (...).

- (...) nace prematuramente, a las 34 semanas de gestación, con bajo peso: 1600 gr, tras inducción al parto por sospecha de amnionitis o infección del líquido amniótico.

A la exploración física, aspecto distrófico, destacando sólo retrognatia.

Desde el primer día de vida comienza con desaturaciones y bradicardias interpretadas como apneas, por lo que se inicia tratamiento con cafeína cesando tras su inicio.

- A los 4 días de vida comienza con taquipnea, por lo que se instaura oxigenoterapia que se suspende dos días después por saturaciones normales, aunque persiste la taquipnea.

- El día 30 de marzo de 2015, a los 23 días de vida, persiste la taquipnea. También hay dificultad en la alimentación y se ausculta soplo por lo que se solicita Ecocardiografía que confirma el diagnóstico de ductus arterioso persistente, comunicación interauricular y 2 comunicaciones interventriculares.

- A los 24 días de vida comienza de nuevo con desaturaciones severas puntuales iniciando oxigenoterapia con repercusión hemodinámica asociada desde 5 días después. Inicia tratamiento con diuréticos. Se intenta retirar oxigenoterapia pero no se consigue.

- A los 39 días de vida, se ausculta soplo y se realiza ecocardiografía de control, detectando Hipertensión pulmonar.

- A los 59 días y tras escuchar llanto peculiar, se decide solicitar cariotipo que confirma la sospecha diagnóstica de Síndrome de Maullido de Gato (Cri du Chat).

- A los 85 días desde el nacimiento, presenta hipertensión pulmonar moderada, iniciando tratamiento con óxido nítrico sin respuesta, por lo que se sustituye por sildenafil oral.

- A los 104 días de vida se produce un empeoramiento clínico con crisis de cianosis frecuentes, que motivan su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Se inicia soporte respiratorio con ventilación mecánica no invasiva y se intensifica el tratamiento diurético. Presenta fiebre sin foco, con sospecha clínica de Bronquiolitis. El análisis sistemático de orina fue normal, por lo que no se inicia tratamiento antibiótico observando mejoría.

- A los 107 días de vida presenta un nuevo pico febril. El sistemático de orina: hematuria microscópica, y en cultivo de orina posterior se confirma crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* sensible a amoxicilina/clavulánico. Se sospecha de Infección del Tracto urinario no complicada iniciando tratamiento antibiótico que durará 10 días. En radiografía de tórax presenta hiperaflujo pulmonar y en ecocardiografía hay datos de insuficiencia cardíaca derecha y signos de HTP severa con aumento del grosor de la arteria pulmonar y sus ramas. Precisa ventilación mecánica no invasiva.

- Con fecha 6 de julio de 2015 y tras mejoría clínica se traslada al CHUIMI para cateterismo diagnóstico/terapéutico el día siguiente, cerrando el ductus arterioso permeable con buen resultado. La HTP no es de origen cardiológico, sino primaria.

- Reingresa en la Unidad de Medicina Intensiva Pediátrica del HUNSC el día 10 de julio de 2015, con intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva tras fracaso en la extubación mientras estaba en el CHUIMI (desaturaciones severas) Ante la sospecha de una infección (elevación de la PCR) se inicia tratamiento antibiótico empírico. En radiografía de tórax no hay evidencia de neumonía. En cultivo del tubo endotraqueal se detecta *Klebsiella pneumoniae* y *Serratia marcescens* sensibles al antibiótico pautado de forma profiláctica. El aspirado bronquial del mismo día resulta negativo. Completa 7 días de tratamiento. Se intenta la extubación, sin éxito.

- El día 5 de reingreso se realiza extubación con dificultad respiratoria leve.

- El día 12 de ingreso se produce un empeoramiento respiratorio con agitación y desaturaciones frecuentes por lo que se inicia ventilación mecánica no invasiva,

ajustando el tratamiento y los descansos de la ventilación en función del trabajo respiratorio que se va presentando.

- El día 17 se produce insuficiencia respiratoria y se realiza intubación y ventilación mecánica invasiva. Se sospecha aspiración por lo que se inicia antibioterapia. La radiografía de tórax es normal.

- El día 18 sufre atelectasia. Se añade tratamiento diurético y transfusión de concentrado de hematíes.

- El día 19 se suspenden diuréticos y se reinician por oliguria que no responde a la expansión de volumen.

- El día 20: Hipertensión pulmonar severa y disfunción de ventrículo derecho. Se realiza cultivo del tubo endotraqueal y se extuba a ventilación no invasiva.

- El día 21 se suspende tratamiento antibiótico. Estridor y sibilancias en la auscultación

- El día 22 los cultivos y PCR son normales.

- El día 23 se produce un empeoramiento clínico con crisis hipoxémicas persistentes. Se realiza hemocultivo cuyo resultado fue positivo para *Serratia marcescens*. Ese día, el 1 de agosto de 2015, se decide junto con los padres limitar el esfuerzo terapéutico, falleciendo la pequeña el día 2 de agosto de 2015, tras 24 días desde el reingreso en el HUNSC.

3. Expuesto cuanto antecede, en cuanto al momento del diagnóstico del síndrome Cri du Chat, debe señalarse que, como ha explicado en su informe el Jefe del Servicio de Pediatría del HUNSC, emitido el 5 de junio de 2017, se hizo adecuadamente, no siendo posible antes dada la prematuridad del bebé.

A tal efecto explica que este síndrome es una anomalía cromosómica con importante variabilidad clínica y citogenética. La clínica se caracteriza por grito monocromático agudo, microcefalia, raíz nasal amplia, epicanto, micrognatia o mandíbula pequeña, hipotonía, dificultad para el lenguaje, retraso mental y psicomotor severo. La incidencia está entre 1115.000 y 1150.000 de recién nacidos vivos. Las traslocaciones cromosómicas en los padres se encuentran en el 10-15% de los casos.

Las anomalías cardíacas afectan entre un 15-20% de los casos, siendo las más frecuentes el ductus arterioso persistente, los defectos del tabique interventricular y

los del interauricular, así como las obstrucciones del tracto de salida del ventrículo derecho.

También se han descrito infecciones respiratorias recurrentes y bronquiectasias asociadas a aspiraciones de contenido gástrico. También malformaciones de la vía urinaria.

Son frecuentes las dificultades en la intubación, con alto riesgo anestésico, relacionados con malformaciones de la laringe y de la epiglotis.

Concluye este informe que en el caso de (...) el diagnóstico inicial de este síndrome resultó muy difícil debido a la prematuridad y el bajo peso al nacer, que hicieron que el llanto monocromático no fuera objetivado en los primeros días, como tampoco pudieron determinarse las características fenotípicas, dada la dificultad inherente a los prematuros, que dificultaron la claridad de los rasgos faciales. A ello se acompaña el hecho de que (...) no presentó microcefalia en el nacimiento.

Es sólo con el paso de los días cuando a las patologías cardíacas y respiratorias se acompaña el llanto propio de este síndrome, que permite sospechar el mismo, por lo que se realizan las pruebas cromosómicas que permiten determinar el diagnóstico.

En todo caso, el diagnóstico de este síndrome antes o después no determinó la actitud terapéutica ante la sintomatología de la menor, siendo desde el primer instante de su nacimiento el despliegue de medios terapéuticos continuo y completo en atención a cada una de las patologías que presentaba, como se infiere de la historia clínica de la reclamante, cuyos antecedentes se han expuesto ya.

4. En cuanto a la adquisición por la pequeña de la bacteria *Klebsiella pneumoniae*, cabe afirmar, como se explicará, que no fue la causa del fallecimiento de la menor, en contra de lo señalado por la reclamante, además de que es dudoso su carácter nosocomial, y, en todo caso, su adquisición no sería por causa imputable al funcionamiento del servicio, sino a causa del carácter inmunodeprimido de la niña debido a sus múltiples patologías, que fueron, precisamente, las determinantes de su larga estancia hospitalaria.

Es destacable, ante todo, precisar que las pluripatologías sufridas por la pequeña, que determinaron su larga estancia hospitalaria y culminaron con su fallecimiento, eran propias de su prematuridad y síndrome.

Se describe en el informe del Jefe de Servicio de Pediatría del HUNSC este síndrome como una anomalía cromosómica con importante variabilidad clínica y citogenética, cuya clínica se caracteriza por grito monocromático agudo,

microcefalia, raíz nasal amplia, epicanto, micrognatia o mandíbula pequeña, hipotonía, dificultad para el lenguaje, retraso mental y psicomotor severo. La incidencia está entre 1115.000 y 1150.000 de recién nacidos vivos. Las traslocaciones cromosómicas en los padres se encuentran en el 10-15% de los casos.

Las anomalías cardíacas afectan entre un 15-20% de los casos, siendo las más frecuentes el ductus arterioso persistente, los defectos del tabique interventricular y los del interauricular, así como las obstrucciones del tracto de salida del ventrículo derecho.

También se han descrito infecciones respiratorias recurrentes y bronquiectasias asociadas a aspiraciones de contenido gástrico. También malformaciones de la vía urinaria.

Son frecuentes las dificultades en la intubación, con alto riesgo anestésico, relacionados con malformaciones de la laringe y de la epiglotis.

La mortalidad es hasta el 10% de los casos. De esta tasa, el 75% de las muertes ocurre en los primeros meses de vida. Las causas más frecuentes son por neumonía, neumonía aspirativa, cardiopatía congénita y síndrome de distress respiratorio.

Todo ello se manifiesta en la pequeña.

Así, explica el citado informe que desde su primer mes de vida la niña presentó signos de HTP que se agravan con el paso del tiempo, siendo cada vez más evidentes con los episodios de crisis de cianosis. En varias ocasiones padeció signos de insuficiencia cardíaca derecha con radiografías compatibles con plétora pulmonar, agravados con infecciones concomitantes.

Los días previos a su fallecimiento se observaron signos de insuficiencia cardíaca derecha severa.

En cuanto a las infecciones, es a los tres meses y medio de vida cuando, como consecuencia de presenta síndrome febril sin foco, se realiza despistaje de infección donde se aíslan más de 100.000 UFC de *Klebsiella pneumoniae* en orina, iniciando antibioterapia con amoxicilina-clavulánico a completar durante 10 días (folio n.º 103).

Anteriormente no había infección. Así, tras el cierre del ductus en el CHUIMI y nuevo reingreso en el HUNSC, con fecha 10 de julio de 2015 se registra: «no aspecto

séptico no cobertura antibiótica (...)». En analítica PCR dentro de la normalidad (folio n.º 123).

El informe del Jefe de Servicio de Cardiología del CHUIMI, de 14 de octubre de 2016, señala que el cateterismo cardiaco para el cierre del ductus arterioso persistente, realizado el 7 de julio de 2015, transcurrió sin incidencias, lográndose la oclusión completa del ductus, no evidenciándose complicaciones y habiéndose realizado con los cuidados de asepsia y con la profilaxis de endocarditis infecciosa establecida en los protocolos.

El día 11 de julio se mantiene afebril, pero se objetiva aumento de los leucocitos así como de la PCR, sin presentar aspecto séptico (folio n.º 125). Ante la sospecha de foco infeccioso pulmonar o de ITU se inicia tratamiento con antibiótico. En cultivo del tubo endotraqueal se detecta *Klebsiella pneumoniae* y *Serratia marcescens* sensibles al antibiótico pautado de forma profiláctica (folio n.º 142). El aspirado bronquial del mismo día resulta negativo. Completa 7 días de tratamiento, suspendiendo el antibiótico el día 19 de julio de 2015 (folio n.º 153).

El día 27 de julio se sospecha de aspiración por lo que se inicia tratamiento con augmentine de forma profiláctica (folio n.º 176). Sin aspecto de infección y PCR normal, se envía cultivo del tubo endotraqueal.

Se sospecha diagnóstico de neumonía (folio n.º 182).

El día 31 de julio se recibe cultivo de aspirado bronquial con resultado positivo para *Serratia marcescens*.

El día 1 de agosto presenta pico febril. Se solicitan hemocultivos y se ajusta el tratamiento antibiótico. A lo largo del día, la niña se va deteriorando.

Explica el informe del Servicio de Pediatría que la infección nosocomial es el proceso infeccioso que ocurre durante la hospitalización y que no estaba presente, o incubándose en el momento del ingreso.

En todo caso, aun siendo así, que no lo fue, explica este informe que en los niños, los factores de riesgo para adquirir una infección nosocomial son similares a los del adulto (aspiración de secreciones orofaríngeas, administración previa de antibióticos, intubación nasal, sondaje nasogástrico, malnutrición, circuitos del respirador, días de estancia en la UCI, dispositivos invasivos, etc).

En neonatos los factores que más se asocian son el menor peso al nacimiento y la edad gestacional, la intubación en la sala de partos, la ventilación mecánica y la

existencia de distrés respiratorio, todo lo que concurre en el presente caso, así como las necesidades prolongadas de ventilación mecánica invasiva, lo que condiciona un factor de riesgo, sobre todo en la edad pediátrica.

En todo caso, y además de no tratarse de una infección nosocomial, concluye con rotundidad el informe del Jefe del Servicio de Cardiología del HUNSC, emitido el 4 de mayo de 2017, que, amén de ser el ingreso prolongado de la menor por causa de su prematuridad y ser el ductus arterioso persistente patología frecuente en pacientes con síndrome de Cri du Chat y/o prematuridad, «la infección del tracto urinario o respiratorio por *Klebsiella pneumoniae* en este caso se trató adecuadamente con tratamiento antibiótico según antibiograma y no fue la causa del fallecimiento de la paciente».

En esta misma línea, el informe del SIP indica que «la *Klebsiella pneumoniae* y la *Serratia marcescens* no figuran entre los principales agentes causantes de la neumonía adquirida fuera del hospital, ni tampoco de la neumonía hospitalaria (nosocomial) y (...) no consta que se le practicara autopsia de la que deducir la causa última de la muerte de la menor con pluripatologías: síndrome genético de Cri du Chat, Micocefalia, Cardiopatía congénita: Ductus arterioso, Comunicación intraarterial - intraventricular e hipertensión pulmonar (DAP, CIA, CIV y http); e hipertensión primaria)».

Además, se señala en la Propuesta de Resolución:

«El Dr. (...) (Jefe del Servicio de Pediatría del HUNSC, en el informe que venimos citando), expone que en el caso de la pequeña (...) la infección nosocomial es dudosa (folio n.º 59) por los siguientes motivos:

- Según el score CPIS no sería sugestivo de neumonía.
- Según el CDC no cumple criterios para menores de 12 meses.
- El primer cultivo de aspirado bronquial resultó ser negativo. El cultivo del lavado broncoalveolar que se realiza la última semana de vida presenta una *Serratia marcescens* con muy bajo número de Unidad Formadora de Colonias, a la vez que índices de infección negativos como son los reactantes de fase aguda (PCR y PCT). Este germen también aparece en el hemocultivo obtenido post-mortem. Esto se produce tras finalizar tratamiento antibiótico por una sospecha de aspiración bronquial.

El SIP explica que el CPIS o Clinical Pulmonary Infection Score es una escala que emplea seis tipos de ítems de cuyo valor se desprende la probabilidad de que un cuadro clínico aparecido tras el ingreso en un hospital se trate de neumonía nosocomial (folio n.º 43).

Esta escala mide: Secreciones traqueales, Infiltrados en radiografía de tórax, Temperatura, Leucocitos en hemograma, Cociente de presión parcial de oxígeno y Fracción inspirada de oxígeno y Cultivo microbiológico. Mediante estos seis criterios se puede obtener una puntuación entre 0 y 12. Una puntuación mayor de 6 se asociaría al diagnóstico de neumonía.

En el caso de (...), el SIP calcula la puntuación en función del informe del Jefe de Servicio de Pediatría del HUNSC y nunca sobrepasó los 6 puntos:

Secreciones: ausentes = 0

Infiltrados: difuso = 1

Temperatura: picos febriles = 1

Leucocitos = 2

Microbiología: primero negativo =0; después positivo en última semana de vida = 2

El SIP expone que los principales agentes microbianos causantes de la neumonía nosocomial son: dentro de los Gram-: Pseudomona aeruginosa, Acetobacter, enterobacterias, Haemophilus spp, Moxarella catarrhalis, Legionella spp. Dentro de los Gram+ están S. aureus resistente a la meticilina, Streptococcus aureus, Staphylococcus coagulasa negativo, Streptococcus pneumoniae, Enterococcus.

También son agentes causantes de neumonía nosocomial, la Mycobacterium tuberculosis, bacilos Gram -, Anaerobios, Hongos y virus.

(...) sufrió una infección del tracto urinario por Klebsiella pneumoniae que se trató con antibióticos según antibiograma de forma correcta.

La Klebsiella pneumoniae, según lo referido anteriormente, no figura entre las principales causas de Neumonía infantil nosocomial, siendo positiva sólo una vez durante todo el proceso de (...) La Serratia marcescens fue positiva en varios cultivos, y aunque es causante de infecciones en vías respiratorias, no lo es de neumonía».

Así pues, de todo lo expuesto cabe concluir que el fallecimiento de la menor, hija de la reclamante, no guarda relación de causalidad con el funcionamiento del servicio, cuya actuación ha sido conforme a la *lex artis* a lo largo de toda la asistencia prestada a la niña, por lo que resulta conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, al desestimar la reclamación de la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo la desestimación de la reclamación presentada.