



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 6 de abril de 2004 tiene entrada en el Registro General de la Consejería de Sanidad y Consumo escrito suscrito por D. P. A. G. V., abogado, en nombre y representación de D. R. S. G., D. P. T. C., ambos por sí y en representación de su hijo menor de edad P. J. T. S., y de D. E. T. S., por la deficiente atención sanitaria prestada a la hija y hermana de los reclamantes, R. T. S.. Los reclamantes efectúan la siguiente narración de los hechos:

- R. nació el día 3 de febrero de 1999 en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (en adelante, HUVA), siendo ingresada inmediatamente en el Servicio de Pediatría, Sección de Neonatología, por presentar hidrocefalia y mielomeningocele lumbosacro ulcerado. Fue intervenida quirúrgicamente implantándosele una válvula Sophy.
- La niña fue revisada por el Dr. M. L. el 7 de octubre de 1999, para regularle la válvula. Solicitó la realización de un TAC en un plazo máximo de tres meses, pero no se le practicó hasta el día 18 de enero de 2001.
- El día 30 de abril de ese mismo año acudieron a la consulta programada de neopediatria donde una especialista, tras examinar el TAC, les dijo que estaría en contacto con el Dr. M. L. y que les avisaría con los resultados.
- El citado facultativo les comunicó, el siguiente día 17 de mayo, que debían intervenir de nuevo a su hija, para lo que era necesario practicarle unas pruebas en el Servicio de Cardiología y realizarle una RMN en el Policlínico "S. C.".
- El día 22 de mayo, cuando aún no habían recibido aviso alguno para practicarle las pruebas prescritas, tuvieron que acudir al Servicio de Urgencias del Hospital "Virgen del Castillo" de Yecla por un cuadro de doce horas de evolución de cefalea frontoparietal izquierda, gran tendencia a la somnolencia y vómito de contenido alimentario.
- Cuando procedían a su traslado en ambulancia al HUVA la niña sufrió episodios de apnea, por lo que tuvieron que regresar al Hospital "Virgen del Castillo" donde se procedió a intubarla y trasladarla al HUVA.
- Al ingresar en este último Hospital, R. presentaba pupilas midriáticas arreactivas bilaterales, corneal y óculo-cefálicos ausentes. El TAC daba un aumento de la hidrocefalia respecto del TAC previo.
- Fue intervenida a las 6 horas del día 23, apreciándose salida de líquido cefalorraquídeo a presión; el cerebro está sin flujo, se hernia y está pálido (muerte cerebral). Al disponerse el cirujano a abrir la duramadre el cerebelo está pálido, sin sangre, sufre una parada cardiorrespiratoria irreversible y se da por finalizada la intervención por *exitus* de la paciente. Admiten los reclamantes que la niña nació con problemas de salud, pero consideran que el fatal desenlace se produjo porque no fue correctamente atendida: Hubo un retraso en la práctica de pruebas (el TAC prescrito para tres meses se efectuó con un año de retraso), se demoró la valoración clínica de las exploraciones realizadas (el Dr. M. L. tardó cuatro meses en analizar el TAC), no se ingresó de forma inmediata a la niña para realizar el preoperatorio y la intervención quirúrgica (por contra, se desvíó a la paciente hacia otros servicios e incluso a

otros centros). A todo cabe añadir, siempre según los reclamantes, que se intentó un trasladó en ambulancia convencional, lo que obligó a regresar al Hospital "Virgen del Castillo" y a demorar, aún más, el ingreso en el HUVA.

Con base en los siguientes hechos se interpuso querella ante el Juzgado de Instrucción núm. 6 de los de Murcia, que procedió a incoar el correspondiente procedimiento que finalizó con auto de sobreseimiento provisional de fecha 4 de junio de 2003. Interpuesto recurso de reforma fue desestimado el 17 de septiembre de 2003.

Finalizan su escrito los reclamantes solicitando una indemnización total de 160.000 euros por daños morales según el siguiente detalle: 60.000 euros para cada progenitor y 20.000 euros para cada uno de los dos hermanos de la fallecida.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación y designado órgano instructor, fueron reclamadas las historias clínicas de la menor, los informes de los profesionales que la asistieron, el de la Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Yecla y el de la Inspección Médica, que expresan lo siguiente:

- El Jefe del Servicio de Pediatría (en funciones) del Hospital Virgen del Castillo refiere, en informe fechado el 6 de mayo de 2004, lo siguiente:

"El día 22 de Mayo de 2003 acudió a Urgencias (20:25 h.) la niña R. T. S. por un cuadro de 12 horas de evolución de cefalea frontoparietal izquierda, tendencia a la somnolencia, un vómito de contenido alimentario y sudoración fría. En la exploración física se encontraba consciente y orientada, reactiva a estímulos, con Glasgow de 15. Se contacta con neurocirujano de guardia del HV Arrixaca para derivación urgente a este centro.

Se traslada en ambulancia normalizada acompañada de enfermero. A la salida de Yecla (a escasos metros del hospital) presenta crisis de agitación, desconexión del medio y respiración ineficaz, por lo que vuelven a Urgencias. A su llegada presenta cianosis facial, pausas de apnea y Glasgow de 6, por lo que se procede a intubación orotraqueal conectándose a ventilación mecánica y se indica traslado en UCI móvil, acompañada de Pediatra de guardia y enfermero".

- Informe fechado el 10 de mayo de 2004, en el que la Dra. M. L. del Servicio de Rehabilitación del citado Hospital refiere lo siguiente:

"Niña nacida el 3-2-1999 con mielomeningocele lumbosacro cerrado quirúrgicamente el mismo día, desarrollando posteriormente hidrocefalia que precisó colocación de válvula de derivación el 10-2-1999.

Fue remitida a este Servicio el 1-3-1999, siendo valorada inicialmente por el Dr. K., hasta el 8-2-00, en que comenzó el seguimiento por mi parte al solicitar la madre cambio de médico especialista.

Ya en esa fecha se había diagnosticado, además, displasia de cadera derecha, motivo por el que usaba arnés de Pavlick.

En la exploración inicial 8-2-00, presentaba control de tronco en sedentación con asistencia de, al menos, un miembro superior; contracción muscular distal en cuadriceps (nivel L3 motor funcional); ambos pies en actitud de equino reductible; presión con ambas manos, intercambiando objetos y acercándolos a la línea media.

Fue vista, desde el inicio, en las siguientes fechas:

1-3-1999, 17-3-1999, 21-4-1999, 24-6-1999, 9-8-1999, 18-10-1999, 8-2-2000, 1-3-2000, 10-5-2000, 2-8-2000, 11-9-2000, 3-10-2000, 8-1-2001 y 5-2-2001.

Durante este tiempo, desde el punto de vista funcional y con respecto a la evaluación inicial, progresivamente consiguió: controlar tronco en sedentación sin asistencia, gateo con arrastre de miembros inferiores, gateo con alternancia, bipedestación con asistencia mínima y marcha con ortesis bituber corta bilateral y asistencia de una tercera persona, aunque, debido a la

debilidad del cuadriceps izdo. se estaba valorando prescribir ortesis bitutor larga para dicho miembro inferior.

Asistió al Centro de Atención Temprana todo este tiempo, donde recibía tratamiento fisioterápico".

- Informe emitido el 28 de septiembre de 2004 por el Jefe de Servicio de Neurocirugía del HUVA, en el que se afirma lo que sigue:

"El mielomeningocele se produce por un cierre defectuoso de la columna en fase de neurulación durante los días 18 al 27 del desarrollo del embrión. Consiste en un defecto de la formación del dorso del embrión que afecta a la piel, el hueso y a la propia médula espinal. El 85% de los mielomeningoceles se localizan en la región lumbosacra. Casi todos los pacientes afectos de mielomeningocele también tienen una malformación de cerebelo y tronco llamada malformación de Chiari II, un grupo de anomalías que afectan todo el sistema nervioso. Los defectos del troncoencéfalo incluyen acodamiento del bulbo y anomalías intrínsecas de los núcleos del tronco. En los hemisferios del cerebro pueden producirse digenesia del cuerpo calloso, polimicrogiria, una masa intermedia grande y herotopios de la sustancia gris. Desde el punto de vista óseo el defecto se caracteriza por una fosa craneal posterior muy pequeña y por un descenso de las amígdalas del cerebelo dentro del canal espinal. En España la malformación tiene una incidencia del 0,5x1000 nacidos vivos. La causa de la espina bífida es multifactorial, parece ser que se debe a defectos de nutrición, especialmente del ácido fólico, así como una predisposición genética.

Las manifestaciones clínicas del mielomeningocele lumbosacro consisten en una pérdida de fuerza, variable, en extremidades inferiores, alteraciones de la sensibilidad en piernas y pies, así como alteración del control de los esfínteres. La mayoría de los niños afectos de espina bífida desarrollan hidrocefalia en el primer mes del nacimiento.

La malformación de Chiari II prácticamente está presente en todos los niños afectos de mielomeningocele. Sin embargo la sintomatología solo aparece en alrededor del 17% de los mismos. El grado del descenso de cerebelo dentro del canal espinal, no se corresponde siempre con la clínica del paciente. Las manifestaciones clínicas de la malformación de Chiari I/II consisten en episodios de apnea, bradicardia, disfagia, nistagmus, estridor, parálisis de las cuerdas vocales, tortícolis, opistotonos, hipotonía, debilidad en brazos, y espasticidad. De todos estos niños que presentan alguna de estas manifestaciones de Chiari II, solamente alrededor del 17% requieren una intervención. El promedio de edad a la que se realiza dicha descompresión de la fosa craneal posterior está alrededor del año. Los síntomas de la malformación de Chiari II a veces se resuelven espontáneamente al mejorar la hipertensión intracraneal, tras tratar la hidrocefalia.

El tratamiento del mielomeningocele, consiste en una intervención que se debe realizar en las primeras 48 horas de vida para evitar la contaminación y aparición de meningitis. En el caso de la niña R. T. S., el cierre se realizó el día del ingreso en el hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", el 03/02/99. Durante el postoperatorio, que transcurrió sin incidencias, se apreció aumento del perímetro craneal, así como tensión en la fontanela, lo que indicó la realización de una ecografía craneal que mostró moderada hidrocefalia triventricular. La segunda intervención se realizó el día 10/02/99 y consistió en la colocación de una válvula para tratamiento de su hidrocefalia, intervención que transcurrió sin ningún tipo de complicaciones. La niña fue dada de alta por parte de Neurocirugía el 17/02/99, indicándose controles en las consultas de Neurocirugía, Neuropediatría, Nefrología y Rehabilitación.

La primera revisión se realizó en la consulta de Neurocirugía el 15/04/99. Durante la revisión se comprobó que tenía estridor ocasionalmente y que no se atragantaba. La madre la encontraba bien y la niña se alimentaba y dormía bien. Había tenido dos ingresos en el hospital de Yecla

por bronquiolitis. Durante dicha visita en consulta se solicitó una RMN y se le abrió la presión de apertura de la válvula con lo que se le quito el estridor. En la RMN se comprobó, como se sospechaba, la presencia de la malformación de Chiari II, así como cierto grado de hidrocefalia, asimismo se encontraron otras anomalías como hipoplasia del cuerpo calloso y dismorfia ventricular. En dicha fecha se solicitó la realización de un TAC craneal, pero no con carácter urgente.

La paciente fue vista de nuevo a la edad de 8 meses, como estaba programado, el día 07/10/99. En dicha revisión, y a causa de la clínica, se reprogramó la válvula en presión media, 110 mm de agua. Se vio asimismo el TAC que constaba que tenía asimetría ventricular.

La paciente fue vista de nuevo el 17/05/01 a la edad de dos años y tres meses. Consta que se atraganta y que tiene algunos vómitos cuando come, así como estridor únicamente por las noches. Se procede a exploración en la que se encuentran unos reflejos más bien disminuidos. Se solicita una RMN para ver el grado de descenso de las amígdalas, o sea el grado de la malformación de Chiari II. Ya hemos dicho que los síntomas de la malformación de Chiari II, a veces se resuelven espontáneamente, al mejorar la hipertensión intracraneal al tratar la hidrocefalia.

La paciente ingresa de urgencia el día 22/05/01. Procede del hospital de Yecla donde fue vista por un cuadro de cefalea de 12 horas de evolución, con un vómito. En dicho Centro el estado de conciencia de la niña es excelente. Durante el traslado sufre pausas de apnea por lo que la ambulancia se vuelve al hospital de Yecla donde se procede a intubación y traslado. Al ingreso en nuestro Centro la niña está inconsciente y con midriasis, con pupilas bilateralmente arreactivas. Asimismo se constata ausencia de reflejos corneal y óculo-cefálicos. Pasa a la UCI Pediátrica, desde donde se avisa al Neurocirujano de guardia. Se le realizó TAC de cerebro que evidenció aumento del tamaño ventricular respecto al TAC anterior. A pesar del estado extremadamente crítico, indicativo de muerte encefálica, se trasladó al quirófano en un intento desesperado de salvar la vida de la niña. Se le realizó un trépano con la colocación de un drenaje ventricular externo, procedimiento que se utiliza de urgencia para resolver una situación de hidrocefalia aguda. En el mismo acto operatorio se volvió a la niña boca abajo y se procedió a una craniectomía descompresiva de fosa posterior, que se abandonó por muerte durante la intervención. El diagnóstico de presunción fue de mal función de la válvula de hidrocefalia. El tiempo que transcurrió hasta la operación fue el necesario para su reanimación y realización de TAC.

CONSIDERACIONES:

Respecto al diagnóstico y tratamiento iniciales de la niña, así como el seguimiento ulterior, han sido los correctos y son los que habitualmente se realizan en estos niños afectos de patología de mielomeningocele e hidrocefalia.

El tratamiento de la hidrocefalia en niños con mielomeningocele consiste en la colocación de una derivación de líquido cefalorraquídeo, generalmente a peritoneo, que es lo que se realizó en esta niña. Los controles se hacen de forma periódica en la consulta externa, y también se instruye a los padres sobre la sintomatología que puede indicar una situación de urgencia, como son cefalea, vómitos y somnolencia, para que traigan al niño al hospital en caso de aparecer. Podríamos decir que la válvula que colocamos en la actualidad es una de las más perfectas de las existentes en el mercado, ya que permite la programación es decir, el ajuste de la presión desde el exterior, sin precisar de nueva intervención. De todas formas, y a pesar de todos los avances técnicos en el tratamiento de la hidrocefalia mediante válvulas, pueden aparecer complicaciones como son la obstrucción del catéter ventricular de la válvula. Dicha obstrucción puede ocurrir de manera lenta o puede ocurrir de forma rápida, como parece que sucedió en el caso de la niña R. T.. El tratamiento que se realizó para su complicación de

possible obstrucción del catéter ventricular, consiste en trépano y colocación de drenaje ventricular externo, fueron los correctos e indicados en esta situación.

Malformación de Chiari II. Ya hemos indicado que los niños afectos de mielomeningocele, aparte de la hidrocefalia, suele haber una malformación de Chiari II. Dicha malformación se debe al tamaño pequeño de la fosa craneal posterior que produce herniación, o descenso de cerebelo a la parte superior del canal espinal. Las consecuencias son compresión del tronco del cerebro. En el tronco se encuentran los núcleos que regulan la respiración y la circulación, así como otros núcleos que inervan los pares bajos encargados de la deglución. La sintomatología que produce la malformación de Chiari II a menudo es indistinguible de la sintomatología que produce una malfunción de una válvula. La malformación de Chiari II se asocia con una mortalidad alta, que oscila del 34 al 38%. La intervención asimismo tiene también una alta mortalidad que se estima alrededor de un 30%. Por dicho motivo es necesario estar muy seguros de la necesidad absoluta de realizar una descompresión de la fosa craneal posterior para el tratamiento de dicha anomalía, máxime cuando los síntomas o manifestaciones que puede producir son muy parecidos a las de una disfunción de una válvula y a veces ceden espontáneamente al tratar la hidrocefalia.

En resumen. Se trata de una niña operada de mielomeningocele y de hidrocefalia en la que aparecen durante su evolución, y durante el transcurso de los dos años de seguimiento algún síntoma aislado de posible disfunción valvular o quizás de una manifestación de malformación de Chiari II. En ninguna anotación clínica consta que el estado de la niña sea de gravedad como para motivar un ingreso e intervención de urgencia. El único instante en que se produce dicha indicación es el propio día en que ingresó, 22/05/01, cuando la niña prácticamente ingresó sin ninguna posibilidad de tratamiento. A pesar de todo, y dada la edad de la paciente, el Neurocirujano de guardia procedió a extremar todas las posibilidades terapéuticas, realizando una derivación externa de LCR e incluso procediendo a la descompresión de la fosa craneal posterior.

Asimismo es de destacar que está descrita en el mielomeningocele la presencia de anomalías estructurales de los núcleos del tronco del cerebro, donde hemos dicho que están situados los centros respiratorios, y que dichas anomalías no son susceptibles de tratamiento de cirugía. La sintomatología que producen son la que ya hemos referido en la malformación de Chiari II.

Dichas anomalías morfológicas solamente son posibles de diagnosticar mediante la realización de estudio anatopatológico "postmorten".

- La Inspección Médica, en informe de 15 de junio de 2005, tras amplias consideraciones, concluye que se evidencia que la asistencia sanitaria recibida en todo momento por la niña fue la adecuada, la periodicidad de las revisiones se ajustaba a la sintomatología o a la evolución propia de su patología; la realización de exploraciones complementarias fue conforme a las solicitudes de los médicos que las prescribieron, realizándose de forma urgente cuando así las requirieron, o de forma programada, cuando se solicitaban para valorar la evolución; la asistencia en el Servicio de Urgencias de Yecla valoró adecuadamente la urgencia del proceso, no pudiéndose considerar que el inicio del traslado en una ambulancia convencional influyera en el progreso o desarrollo del cuadro; la muerte se produjo como consecuencia de la evolución del cuadro de hipertensión intracraneal aguda por mal funcionamiento del sistema de derivación ventrículo-peritoneal, complicación conocida y relativamente frecuente (50% en 5 años y 100% en 12 años), y que precisa asistencia médica urgente. Por ello finaliza proponiendo la desestimación de lo reclamado.

TERCERO.- La instructora, dando cumplimiento a lo solicitado por los interesados en su escrito de reclamación, requiere a los Hospitales Virgen de la Arrixaca y Virgen del Castillo para que envíen copia de las reclamaciones presentadas en dichos centros hospitalarios.

El Director Gerente del Área V de Salud envía dos reclamaciones formuladas por la madre de la menor. Una de ellas en relación con la tardanza en realizarle un TAC, a lo que se le contesta que se le citará en breve, y otra en la que se quejaba de la pérdida de la historia clínica de la menor, que también es contestada trasladándole que la historia ha sido localizada en los archivos.

Por otro lado, el Coordinador Médico de la Unidad de Calidad del HUVA envía un escrito, indicando que no se ha localizado en dicho Hospital reclamación alguna presentada por los reclamantes.

CUARTO.- Obra en el expediente diversa documentación relativa al recurso contencioso-administrativo interpuesto por los reclamantes, como consecuencia del cual se sigue Procedimiento Ordinario núm. 124/2005 ante el Tribunal Superior de Justicia de Murcia.

QUINTO.- Con fecha 7 de marzo de 2006 se notifica a la aseguradora y a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia, sin que conste que hiciesen uso de él al no comparecer ni formular alegación alguna.

Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no queda acreditado en el expediente la relación causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y la muerte de la menor.

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 14 de junio de 2006.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

El Dictamen ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, según preceptúa el artículo 12.2 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

Los reclamantes, en su condición de padres y hermanos de la menor fallecida ostentan la condición de interesados para deducir la presente reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este Dictamen, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC). En cuanto a la actuación mediante Letrado el artículo 32 LPAC establece que los interesados podrán actuar por medio de representante, exigiendo este precepto para los supuestos en los que se pretenda formular solicitudes, entablar recursos, desistir de acciones y renunciar a derechos, que dicha representación quede acreditada por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado. Precepto que se cumplimenta en este caso, mediante la aportación de escritura de poder otorgado por los interesados ante notario. En cuanto a la legitimación pasiva, no suscita duda que la actuación a la que los reclamantes imputan el daño que dicen haber sufrido acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional, siendo competente para resolver el titular de la Consejería de Sanidad de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16. 2, o) de la Ley 7/2004, de 28 de

diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

La acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC, pues el auto por el que se resolvía el recurso de reforma interpuesto contra el auto de sobreseimiento de las diligencias previas incoadas por los hechos origen de la presente reclamación, fue dictado el día 17 de septiembre de 2003, y la acción ha de entenderse deducida el día 6 de abril de 2004, fecha de presentación de la reclamación en el Registro General del Servicio Murciano de Salud.

Por último, el procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas jurídicas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española: "Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas. Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económico e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS, Sala 1^a de 25 de abril de 1994, puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el

lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que el abandono le puede comportar.

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

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

Los reclamantes, en su escrito inicial, achacan a la Administración regional una inadecuada asistencia sanitaria, que tuvo como consecuencia última que las dolencias que R. padecía desde su nacimiento, ninguna de las cuales representaba un grave riesgo para su vida, se agravaran de tal modo que finalmente se produjo el óbito.

Para determinar si la actuación sanitaria ha sido conforme a la *lex artis*, conviene concretar los hechos probados en relación con la prestación sanitaria de la Administración, previa al fallecimiento de la menor, contrastándolos con los actos negligentes o incorrectos que los reclamantes imputan a la Administración sanitaria.

Pues bien, de la historia clínica, de los informes de los facultativos que atendieron a la paciente y de la única prueba pericial que obra en el expediente, es decir, el informe de la inspectora médica, se desprende lo siguiente:

- En relación con el alegado deficiente seguimiento de las lesiones padecidas por la menor.

Las patologías que presentaba R. eran, según se desprende de su historia clínica, las de mielomeningocele e hidrocefalia. El tratamiento adecuado ante estas dolencias consiste en la colocación de un sistema de derivación ventrículo-peritoneal con válvula Sophy, operación que se llevó a cabo mediante la intervención quirúrgica a la que se sometió a la paciente el día 10 de febrero de 1999. A partir de ese momento y durante dos años, la pequeña fue sometida a un riguroso seguimiento que se halla debidamente documentado en el expediente, y cuando las circunstancias lo exigían se llevaron a cabo las actuaciones médicas correspondientes, sin que haya constancia de ninguna omisión significativa.

- En relación con un posible retraso en la realización de pruebas prescritas por los facultativos.

Alegan los reclamantes que un TAC prescrito por el neurocirujano Dr. M.-L. se retrasó más de lo previsto, lo que pudo influir en que no se detectara un agravamiento de las dolencias de R.. Al respecto, afirma la Inspectora Médica que las exploraciones solicitadas por los distintos facultativos se llevaron a cabo de acuerdo con el carácter con el que fueron cursadas, realizándose de forma urgente las que así se precisaban y de forma programada cuando se solicitaban para valorar la evolución de la enfermedad; sin que haya quedado acreditado en el expediente que el retraso en la práctica del TAC haya influido negativamente en el seguimiento del curso de las dolencias de la paciente.

- En relación con la urgencia no atendida, de llevar a cabo una intervención quirúrgica.

Según los reclamantes cuando en la consulta de neurocirugía examinaron a su hija el día 17 de mayo de 2001 y detectaron una asimetría ventricular, tenían que haberla intervenido quirúrgicamente de forma inmediata. A este respecto el neurocirujano que la atendió señala que en ninguna anotación clínica consta que el estado de la niña en esos momentos revistiera gravedad que motivara un ingreso e intervención de urgencia. Añadiendo la Inspectora Médica

que la posibilidad de intervención quirúrgica que se apuntó en estos momentos, estaba relacionada con el recambio necesario de la válvula por el crecimiento experimentado por la paciente durante los primeros años de su vida, y no porque en ninguna de las revisiones "(y en particular en la última de 17-5-01) se apreciaran síntomas de alerta como: dificultad para respirar, problemas para succionar, alimentarse o el habla, llanto de tono agudo, letargo o somnolencia, falta de coordinación en los movimientos, dolor de cabeza severo o convulsiones, de afectación del estado neurológico de la niña". Resulta, pues, que de los informes médicos y dictamen pericial de la Inspección médica, no se desprende que la intervención quirúrgica a la que se iba a someter a la menor revistiera carácter urgente alguno.

- En relación con la alegada errónea decisión de efectuar el traslado desde el Hospital Virgen del Castillo de Yecla al HUVA de Murcia, en una ambulancia convencional.

Constituye un hecho pacíficamente aceptado por todos que cuando R. era trasladada en ambulancia al HUVA, presentó una crisis de agitación, desconexión del medio y respiración ineficaz, que aconsejó el regreso al Hospital Virgen del Castillo, pero mientras que los reclamantes mantienen que dicho traslado se efectuó sin las medidas médicas adecuadas y que el retraso que conllevó la vuelta al Hospital Virgen del Castillo empeoró su estado de salud, los facultativos y la Inspección Médica, señalan que los síntomas que indicaban la necesidad de adoptar medidas especiales para su traslado no aparecen hasta escasos momentos después de que se iniciara dicho traslado; afirmando la Inspectoría Médica que no se puede considerar que "el inicio del traslado en una ambulancia convencional influyera en el progreso o desarrollo del cuadro".

- En relación con el manifestado retraso con el que fue intervenida en el HUVA.

Los interesados estiman que también hubo un retraso inexplicable e injustificable en intervenir quirúrgicamente a R. en el HUVA, ya que transcurrieron cuatro horas y media desde su ingreso hasta que fue operada. Sin embargo, no es esta la opinión más cualificada de la Inspección Médica, que considera que ese lapso de tiempo es el imprescindible para llevar a cabo "la valoración y determinación del diagnóstico exacto".

Todo lo anterior permite concluir que la desgraciada muerte de R. se produjo a causa de las enfermedades que padecía y no por una inadecuada asistencia sanitaria. En efecto, a pesar de la afirmación de los reclamantes en el sentido de que ninguna de las dolencias que padecía la menor implicaba un riesgo para su vida si se trataban adecuadamente, en los informes médicos que obran en el expediente queda claro que "tanto la malformación de Chiari, como la hidrocefalia o las complicaciones del sistema de derivación, pueden ocasionar enclavamiento de amígdalas y/o anomalías en los núcleos del tronco del encéfalo, sin posibilidad de tratamiento una vez alterados, ya que afecta a los centros respiratorios y de la circulación" (folio 232). El tratamiento de la hidrocefalia en niños con mielomeningocele consiste en la colocación de una derivación de líquido cefalorraquídeo, generalmente a peritoneo, mediante la colocación de una válvula, y aunque la que se le implantó -afirma el Dr. M.-L. en su informe- "es una de las más perfectas de las existentes en el mercado, ya que permite la programación es decir, el ajuste de la presión desde el exterior, sin precisar de nueva intervención...pueden aparecer complicaciones como son la obstrucción del catéter ventricular de la válvula. Dicha obstrucción puede ocurrir de manera lenta o puede ocurrir de forma rápida, como parece que sucedió en el caso de la niña R. T...." y una vez surgida esta complicación el tratamiento dispensado a la menor fue, a juicio de la Inspección Médica, en todo momento el adecuado, produciéndose la muerte como consecuencia de la evolución del cuadro de hipertensión intracranal aguda por mal funcionamiento del sistema de derivación ventrículo-peritoneal, sin que a ello coadyuvara una mala o inexistente asistencia sanitaria.

Frente al juicio técnico contenido en los referidos informes, la mera manifestación vertida por

los reclamantes de que hubo negligencia en la actuación de los facultativos que atendieron a la paciente, no deja de ser una afirmación de parte realizada por quien carece de la cualificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso médico. Correspondiendo a los interesados la carga de la prueba, según la distribución que de ella hace la LEC (artículo 217), y no habiendo logrado probar a través de la aportación de los medios adecuados la existencia de una omisión del tratamiento exigido por la ciencia médica, o la aplicación de uno inadecuado, no cabe entender acreditados ni la existencia de nexo causal entre el fallecimiento de la hija y hermana de los reclamantes y el funcionamiento del servicio sanitario público, ni la antijuridicidad del daño, procediendo, en consecuencia, confirmar la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración
No obstante, V.E. resolverá.

