



ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 3 de julio de 2002, D. J. R. F. F. y D. A. U. F. presentan reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud (en adelante SMS) por los daños padecidos por su hija T., quien, tras nacer en el Hospital Virgen del Castillo de Yecla el 1 de febrero de 2000, presenta, entre otras secuelas, una encefalopatía crónica hipóxico isquémica perinatal, con síndrome de West.

Dichas lesiones fueron diagnosticadas en el Servicio de pediatría y neonatología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y, según los reclamantes, fueron consecuencia del mal funcionamiento de la asistencia sanitaria del SMS; en concreto de la ineficiente atención que la menor sufrió, tanto en el momento del parto como en los días que sucedieron hasta su ingreso en el Hospital Virgen de la Arrixaca, a petición de los reclamantes, el siguiente día 4.

En síntesis, los interesados hacen la siguiente narración fáctica de lo ocurrido:

-La Sra. U. había acudido en diversas ocasiones al Hospital Virgen del Castillo (en adelante, HVC) ante el retraso del parto y las molestias que presentaba.

-Finalmente, el día 29 de enero de 2000, cuando para las cuentas de la paciente el parto se había demorado más de un mes, es ingresada en el citado Hospital y, al día siguiente, se produjo el parto, después de haber estado toda la noche y la mañana con contracciones.

-Tras el parto la niña precisó reanimación con oxígeno, siendo necesaria aspiración traqueal de secreciones serosanguinolentas. Tanto el líquido amniótico como la piel de la pequeña estaban teñidos de meconio. La menor presentó también acrocianosis.

-Ante el mal estado de su hija, y a pesar de que por el Servicio de pediatría del HVC se le aseguraba que sólo tenía síntomas de irritabilidad que desaparecerían con el tiempo, los reclamantes solicitaron y obtuvieron el traslado de T. al Hospital Virgen de la Arrixaca, en el que se le diagnosticó la gravísima lesión cerebral que padece la niña.

En el momento de la reclamación a la menor le ha sido reconocido por el ISSORM un grado de minusvalía del 85%, aunque su situación no es definitiva porque está pendiente de valoración por lesiones oculares.

Para los reclamantes la causa de las secuelas que presenta la niña se encuentra en una mala praxis médica imputable a los facultativos del HVC de Yecla, que no supieron actuar con diligencia ante la situación de parto a término en el que se encontraba la Sra. U.; circunstancia que, posteriormente, se vio agravada por el error de diagnóstico en el que se incurrió al valorar los síntomas que presentaba T. como un simple síndrome de depresión e irritabilidad neurológica que remitiría en pocos días, lo que privó a la paciente de la asistencia especializada que su verdadera dolencia requería, y que sólo pudo recibir días después de nacer gracias a que los reclamantes forzaron su traslado al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

-Por otro lado, continúan afirmando los reclamantes, el Servicio de pediatría del HVC sugirió como causa de las dolencias de la niña una posible enfermedad metabólica mitocondrial que tendría su origen en la consanguinidad de los padres (son primos hermanos). Por si tal sospecha fuese cierta, lo que hubiera impedido a los padres tener otro hijo, acudieron al Hospital 12 de

octubre en el que, tras las pruebas analíticas pertinentes, no pudieron determinar con seguridad la posible presencia de una enfermedad mitocondrial. Para saberlo con certeza era preciso realizar a T. una biopsia, lo que exigía la administración de anestesia, sin que se pudiera garantizar que la sedación resultase inocua para ella. Ante este riesgo y la afirmación de la Dra. G. S. de que, a la vista del historial clínico de la niña, era muy dudosa la existencia de una enfermedad genética, los reclamantes decidieron no someter a su hija a tal prueba y, además, ante la confianza que dicha facultativa, y otros más que consultaron, les transmitieron sobre la falta de conexión entre las dolencias de T. con una enfermedad mitocondrial, se animaron a tener otro hijo, cuyo resultado ha sido el nacimiento de una niña perfectamente sana.

El alcance de las lesiones padecidas por la menor, así como las posibles secuelas, dado que aún no, están totalmente determinadas, manifiestan los interesados que quedarán acreditadas en el momento que finalice la valoración de todas, momento en el que también se concretará el importe de la indemnización correspondiente a la lesión realmente sufrida por T..

Como medios de prueba proponen se practiquen los siguientes:

1) Documental, consistente en que:

- Se den por reproducidos los documentos que se acompañan a la reclamación, consistentes todos ellos en diversos informes médicos y certificado del ISSORM acreditativo del grado de minusvalía alegado.

- Se requiera al HVC, para que aporte la siguiente documentación:

a) Historia clínica completa de la Sra. U., donde conste el seguimiento completo de la gestación.

b) Partes de ingreso de la paciente en el Servicio de Urgencia.

c) Informe del parto, en el que conste el tiempo de espera desde que bajó de planta, personal que la atendió en el paritorio, tratamiento que se le administró e incidencias que se produjeron en el parto.

- Se requiera a ese mismo Hospital para que aporte la historia clínica de T. F. U..

- Se requiera al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Servicio de Neuropediatría, para que remitan la historia clínica de la menor.

2) Testifical del padre y de la abuela materna, Sra. F. G..

Finalizan los reclamantes designando para su representación y defensa a una letrada del Ilte. Colegio de Abogados de Yecla.

SEGUNDO.- Por resolución del Director Gerente del SMS de 29 de agosto de 2002 se admite a trámite la reclamación, encomendando la instrucción del procedimiento al Servicio de Régimen Jurídico del citado Ente.

Por la instructora se procede a:

a) Comunicar la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

b) Solicitar a los Directores Gerentes de los Hospitales Virgen del Castillo de Yecla y Virgen de la Arrixaca de Murcia la remisión de las historias clínicas de la menor y de su madre, así como informe de los Servicios correspondientes.

c) Comunicar a la representante de los reclamantes la información indicada por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

d) Comunicar la reclamación a la Compañía Aseguradora del SMS.

TERCERO.- El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca envía la historia clínica requerida, así como informe de la Dra. R. C., Jefa de Sección de Neuropediatría, en el siguiente sentido: *"ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre 27 años, GAV 3-1-2 (primera gestación, aborto; segunda, niña historiada; tercera, niña lactante sana). Padre enfermedad psiquiátrica tratada.*

Consanguinidad, primos hermanos. No antecedentes de epilepsia ni otras enfermedades neurológicas en la familia.

ANTECEDENTES PERINATALES: Embarazo controlado, normal, salvo infección urinaria en la semana 35.

Parto en el Hospital de Yecla, 41 semanas de gestación, monitor fetal patológico, presentación cefálica, vaginal, distócico con maniobra de Kristeller, L.A. meconial.

Periodo neonatal: Apgar 4/6/9, precisó administración de oxígeno a presión positiva durante 2-3 minutos al nacimiento. Somatometría: peso 3.250 g, longitud 51 cm, PC 34,5 cm.

Ingresó en Servicio de Pediatría del Hospital de Yecla los primeros 26 días de vida, los diagnósticos al alta fueron: Anoxia fetal y neonatal, Síndrome de aspiración meconial, hipoglucemia precoz transitoria, edema cerebral, encefalopatía hipóxico-isquémica, síndrome convulsivo neonatal (tratado con fenobarbital). Durante el citado ingreso, se realizaron entre otros exámenes complementarios: ecografía transfontanelar a los 13 días de vida, informada como encefalopatía multiquística y un EEG informado como actividad irregular y de bajo voltaje, poca reactividad como expresión de una actividad cerebral difusa córtico-subcortical.

EVOLUCIÓN:

A los 3 meses (12-5-2000) fue valorada por primera vez en la Consulta de Neuropediatría, comprobándose microcefalia (perímetro cefálico 37 cm, inferior a percentil 3%), marcados signos piramidales y patrón anómalo del desarrollo. Se instauró tratamiento con fenobarbital, aunque en ese momento no tenía crisis epilépticas, por el alto riesgo de presentarlas. Se citó para revisión tres meses después.

A los 5 meses ingresó en la Sección de Neuropediatría (informe correspondiente al ingreso de 29-6-2000 al 18-8-2000) por presentar crisis epilépticas comprobándose en el ingreso crisis de espasmos flexores en salvas, con alta resistencia al tratamiento; al no resultar eficaz fenobarbital, se inició tratamiento con valproato. Después se intentó tratamiento con topiramato y vigabatrina, sin conseguir control de la sintomatología. En la exploración se evidenciaba grave microcefalia, tetraparesia espástica, patrón anómalo de desarrollo y ausencia de adquisiciones motrices. Se comprueba grave alteración EEG de tipo paroxístico multifocal y afectación de la actividad de base. TAC craneal con intensa atrofia córtico-subcortical generalizada. Se propone tratamiento con ACTH, que la familia no acepta. Se da de alta en tratamiento con Depakine. Diagnósticos al alta: Encefalopatía crónica hipóxico-isquémica perinatal severa. Epilepsia sintomática secundaria a lo anterior. Retraso psicomotor secundario.

A los 13 meses ingresa de nuevo en nuestra Sección (informe correspondiente al ingreso de 27-3-2001 al 12-4-2001) por empeoramiento del síndrome epiléptico. En la exploración persiste la grave encefalopatía con microcefalia, afectación piramidal, afectación de los patrones de maduración psicomotriz y se observan crisis epilépticas de morfología de espasmos infantiles. El EEG ha evolucionado desfavorablemente hacia patrón hipsarrítmico. Se inició tratamiento con ACTH y, tras comprobarse evolución favorable, se dio de alta para control ambulatorio muy frecuente que se llevó a cabo en combinación con el Hospital Virgen del Castillo de Yecla. Se realizaron revisiones en Consulta Externa, último informe de evolución emitido el 6-6-2001, refiriéndose desaparición de crisis desde el alta hospitalaria (abril 2001). Se fue retirando lentamente el tratamiento con ACTH (finalizado el 1-8-2001), manteniéndose el tratamiento con Depakine.

En la revisión de 28-9-2001, 20 meses, refieren que sigue libre de crisis, no había tenido enfermedades de importancia, comía bien triturados. Recibía tratamiento con Depakine y asistía a Centro Especializado en Atención Temprana de Yecla y fisioterapeuta privado. La exploración seguía mostrando grave encefalopatía de las características descritas y estrabismo. Se realizó interconsulta con Oftalmología. Se realizó analítica general que fue

normal, niveles de valproato (84 microg/ml) y EEG: esporádicos signos irritativos focales temporales izquierdos y mejor actividad de base, respecto al estudio anterior. Se mantuvo el mismo tratamiento.

Revisión 8-7-2002, 29 meses, sigue tratamiento con Depakine: 100-100-100 mg y asistencia a Centro de Atención Temprana más fisioterapeuta privado. No tiene crisis, pero en ocasiones a lo largo de la noche, si se despierta, muestra sacudidas como sobresaltos coincidiendo con el inicio de nuevo del sueño. Apetito escaso, tendencia al estreñimiento, no había tenido enfermedades de importancia.

Examen físico 8-7-2002: PC 40 cm (percentil inferior a 3%), Peso 9 Kg (inferior a percentil 3%), talla 86 cm (P25), BEG, coloración normal, bien hidratada. Encefalopatía profunda con tetraparesia espástica grave, asimétrica por predominio en hemicuerpo derecho, hiperreflexia generalizada, signo de Babinski bilateral. Estrabismo convergente. No hay contracturas articulares fijas. Valoración psicomotricidad: conexión afectiva y visual presente, sostén cefálico incompleto, no hay sedestación ni bipedestación sin apoyo, no manipulación propositiva.

Exámenes complementarios 11-9-2002:

-Hemograma: normal

-Bioquímica sanguínea: normal.

-Nivel plasmático de valproato: 92 microg/ml

-EEG: En relación al registro anterior (8-11-2001), se continua apreciando una actividad bioeléctrica cerebral anormal de similares características, por la persistencia de los discretos signos irritativos sobre áreas temporales, aunque se añaden ondas lentas sobre áreas anteriores en la actualidad de dudosa significación.

JUICIO DIAGNÓSTICO: Encefalopatía posthipoxia-isquemia perinatal. Tetraplejía espástica secundaria. Epilepsia sintomática (Síndrome de West). Retraso psicomotor grave secundario a los diagnósticos anteriores.

TRATAMIENTO: Depakine solución: 100-100-100 mg. Rehabilitación psicofísica en Centro Especializado".

CUARTO.- A su vez el HVC de Yecla, remite la historia clínica de la niña T. F. U. (folios 184 a 431), así como la de su madre, la reclamante D. A. U. F. (folios 432 a 546). Junto con dichas historias acompaña informe de la Dirección de dicho Hospital, fechado el 23 de octubre de 2002 y con el siguiente contenido:

"D.^a A. U. F. fue visitada por el Servicio de Obstetricia y Ginecología de este hospital el día 18 de junio 1999 como primera visita de su gestación.

En la consulta externa de tocología se realiza seguimiento de su embarazo con 7 controles (en la semana 16, 19, 25, 30, 36, 38, 40). Se realiza seguimiento clínico, analítico y ecográfico.

Además de los controles habituales se practica test de screening para aneuploidías, alfa-fetoproteína, screening para diabetes, estreptococo del grupo B y monitorización física a partir de la semana 36.

Ingresa el día 22-1-2000 por inicio de dinámica que cede. Se da de alta con cardiotocógrafo normal.

Atendida de nuevo ambulatoriamente el 26-1-2000. El 30 de enero de 2000 ingresa por dinámica uterina, con 41 semanas y 6 días. El 1-1-2000 (hay un error en la consignación de la fecha ya que, tal como se desprende del resto de la historia clínica, el alumbramiento se produjo el día 1 de febrero de 2000) se induce el parto, que se produce a las 18.25 horas, naciendo una niña de 3250 gramos de peso y test de Apgar 4/6/9. Permanece ingresada la paciente hasta el día 4-2-2000, dándose de alta con el diagnóstico de parto eutócico. El postparto tuvo un curso normal.

La recién nacida ingresa en el Servicio de Pediatría de nuestro hospital con 0 horas de vida por

dificultad respiratoria precoz y sospecha de síndrome de aspiración meconial que no se confirmó al no aspirar de la traquea contenido meconial y por la evolución clínica y radiológica. Presentó durante su ingreso sintomatología compatible con crisis comiciales y se inició tratamiento con fenobarbital. Al tercer día de vida no había movimientos anormales y el tono muscular era normal, iniciando alimentación por sonda nasogástrica. Se traslada al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia a petición de los padres según consta la historia clínica a las 21.00 horas del día 4-2-200.

Permanece ingresada en el Hospital Virgen de la Arrixaca hasta el día 11 de febrero, dándose de alta con los diagnósticos de: recién nacido a término de peso adecuado, anoxia fetoneonatal, síndrome de aspiración meconial, hipoglucemia precoz transitoria, edema cerebral, encefalopatía hipóxico-isquémica y síndrome convulsivo. La sección de neonatología continuó el tratamiento con fenobarbital. Vista la historia clínica y los informes clínicos, el diagnóstico de síndrome de aspiración meconial no se sustenta.

Estuvo ingresada en este hospital desde el 11 de febrero al 26 de febrero de 2000, remitiéndose de nuevo al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca por haber presentado vómitos de contenido hemático.

Estuvo ingresada en el Hospital Virgen de la Arrixaca hasta el día 7 de marzo de 2000, remitiéndola de nuevo a este hospital con los diagnósticos de: hematemesis, probablemente por decúbito de sonda.

En este hospital permaneció ingresada desde el 7 de marzo hasta el 17 de marzo de 2000. Durante este ingreso se apreció un aumento de los niveles en sangre de ácido láctico y pirúvico. El 9 de marzo de 2000 se recibió resultado analítico de metabolopatías del Centro de Bioquímica y Genética Clínica, aconsejando realizar estudio de aminoácidos plasmáticos y ácidos orgánicos ante la sospecha de matabolopatía. Se remitió muestra a dicho centro el 14 de marzo. Se dio de alta con tratamiento con fenobarbital y cita a la consulta externa de pediatría de este hospital y al Centro de Atención Temprana de Yecla.

Nuevo ingreso el 29 de marzo por infección urinaria por E. Coli. Durante el ingreso se recibió resultado del Centro de Bioquímica y Genética Clínica, habiendo aumentado los niveles de ácido láctico y pirúvico, aconsejando dicho centro estudio de enfermedad mitocondrial en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Se remitió a dicho hospital, a la consulta de la Dra. G. S.. El 29 de junio de 2000 ingresó en el Hospital Virgen de la Arrixaca, dándose de alta el 16 de agosto con los diagnósticos de: encefalopatía crónica de etiología hipóxico-isquémica perinatal severa, epilepsia sintomática secundaria al diagnóstico anterior y retraso psicomotor secundario.

Ingresó el 8 de octubre de 2000 en el Hospital 12 de Octubre de Madrid para estudio de enfermedad mitocondrial. En el informe de alta consta lo siguiente: "ante la impresión diagnóstica, tras haber hablado con los padres sobre la posibilidad de que sea o no una enfermedad mitocondrial o un error innato del metabolismo, dada la consanguinidad y las cifras de ácido láctico elevadas, estos prefieren no realizar una biopsia muscular a su hija por lo que se da de alta pendiente de los estudios citados"

Sigue revisiones clínicas en la consulta externa de pediatría de este hospital y acude al Centro de Atención Temprana. El servicio de neuropediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca sigue revisándola para control y tratamiento neurológico.

La biopsia muscular, necesaria para el diagnóstico de enfermedad metabólica congénita, no se ha realizado".

I. En la historia de la menor figuran incorporados los siguientes informes:

1. El de la Sección de Neonatología del Servicio de Pediatría, fechado el 4 de febrero de 2002, según el siguiente contenido:

"ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre de 27 años. Gestaciones 2. Abortos 1. Vivos 1. Grupo A Rh positivo. Resto sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES: Embarazo controlado. Infección urinaria a la semana 25. Parto a la 41 semana de EG. Amniorraxis desconocida. Líquido amniótico teñido ++. Inducido por líquido teñido y TNS patológico. Recibió tratamiento intraparto con Augmentine. No instrumentado. Kristeller. Período neonatal: Apgar 4/6/9. Se realizó aspiración traqueal de secreciones serosanguinolentas. Reanimación con oxígeno con PPI, durante 2-3 minutos. Posteriormente quedó con distress sin iniciar llanto. (Fiebre materna postparto de hasta 37,8°C).

MOTIVO DE INGRESO: Distress respiratorio precoz y sospecha de aspiración meconial.

EXAMEN FÍSICO: Peso 3.250. Perímetro cefálico 33,5. Piel teñida de meconio viejo. Distress respiratorio con tiraje sub e intercostal leves. Acrocianosis. Taquipnea. Auscultación cardiopulmonar normal. Fractura de clavícula derecha. Poca actividad espontánea y poca reactividad. Hipotonía leve. Movimientos clónicos de brazos y manos. Movimientos de chupeteo. Resto normal.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: Grupo 0 Rh positivo. Coombs directo negativo.

Hemograma normal. PCR 2,2 mg/dl con controles posteriores normales. Calcemia normal. Radiografía de tórax normal. Gasometría capilar normal. Punción lumbar: citoquímica normal (leucocitos 1/mm³, hematíes 160/mm³). Hitachi normal. Pruebas de coagulación normales. Magnesemia de 1,6 mg/dl. Ecografía cerebral normal.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO: Ingresa en incubadora con oxigenoterapia. Mantiene saturaciones de 85 %. El distress desaparece a las 12 horas de vida. Progresivamente ha ido requiriendo menos Fi O₂ con saturaciones del 97 %: al alta Fi O₂ del 30% (3 mm).

Neurológico: inicialmente poco reactiva, con facies poco expresiva. Tendencia a la hiperextensión del cuello. Los movimientos clónicos se extienden a miembros inferiores, sin que se acompañen de caídas en la frecuencia cardíaca ni en la saturación de O₂ Nigtasmus. Se inició tratamiento con fenobarbital iv. Comienza a mejorar paulatinamente, persistiendo en el momento del traslado hiporreactividad. Aumento del perímetro cefálico hasta 34,1 cm.

Fontanela llena, sin estar a tensión.

Se canalizó la vena umbilical y se inicio tratamiento con cefotaxima y ampicilina.

El día del alta se inició alimentación oral por sonda nasogástrica con 10 cc cada 3 horas, que ha tolerado.

El día del traslado, se colocó catéter epicutáneo, con punta en extremo proximal de humero, sangrando escasamente por la zona de venopuntura.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

1- Síndrome de depresión e irritabilidad neurológica.

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS:

2- Recién nacido a término, de peso adecuado para su EG.

3- Riesgo infeccioso. Sepsis clínica.

4- Anoxia feto-neonatal leve-moderada.

5- Distress respiratorio precoz.

6- Fractura de clavícula derecha.

7- Hipoglucemia Precoz.

8- Hipoxemia con dependencia del oxígeno.

9- Hipomagnesemia.

PROCEDIMIENTOS:

1- Canalización de vena umbilical.

2- Oxigenoterapia.

3- *Antibioterapia.*

4- *Catéter epicutáneo.*

TRATAMIENTO ACTUAL:

Perfusión hidroelectrolítica con S. glucosado al 10 %, cloruro sódico, potásico, gluconato cálcico y heparina: según necesidades basales: 10 cc/h. Antibioterapia con cefotaxima y ampicilina, última dosis a las 16 horas. Fenobarbital 8 mg/8 horas, última dosis a las 15 horas. Ranitidina 10 mg cada 12 horas, última dosis a las 16 horas. Sulmentin simple iv, última dosis a las 15 horas.

NOTA: Se remite para valoración por neuropediatra, según intención de los padres. Se contactó con la Dra. M. M."

2. De la misma Sección de fecha del siguiente día 21, en el que el diagnóstico se fija en los siguientes términos:

"Diagnóstico principal:

1. Síndrome de depresión e irritabilidad neurológica.

Diagnóstico secundario:

2. Recién nacido a término, de peso adecuado para su E.G.

3. Hipoxia fetoneonatal moderada.

4. Sospecha de Leucodistrofia".

Añade que se solicita estudio de cariotipo, aminoácidos en sangre y orina y resonancia magnética nuclear cerebral.

3. Otro informe de la citada Sección de 17 de marzo de 2000, en el que se señala como diagnóstico principal *"encefalopatía connatal,"* y como diagnóstico secundario *"síndrome convulsivo"* (folio 292).

4. Informes del Centro de Bioquímica y Genética Clínica en los que se afirma, por un lado, que la paciente presenta un cariotipo femenino normal (folio 360) y, por otro, la existencia de una elevada relación entre la cifras de ácido láctico y pirúvico (folio 361), ante lo que se recomienda un *"estudio de enfermedad mitocondrial en el Centro de referencia (Hospital 12 de Octubre)"*.

5. Resonancia magnética efectuada el día 6 de abril de 2000, con el siguiente resultado:

"Se practica R.M de cráneo en secuencias sagital SE T1, axial FSE DP y T2 y axial FS E DP y T2 y axial FSEIR.

A nivel infratentorial el IV ventrículo es medial y de volumen normal.

Tronco encefálico y cerebelo de morfología e intensidad de señal normal.

En el compartimento supratentorial los ventrículos laterales están moderadamente aumentados de tamaño son simétricos y no muestran desplazamientos. Cuerpo calloso hipoplásico.

Hiperintensidad en DP y T2 de la sustancia blanca periventricular con disminución en el grosor de la sustancia gris donde se observa la formación de cavidades quísticas de distinto tamaño a nivel frontal y parietal posterior bilaterales en probable relación con fenómenos hipósico- isquémicos.

CONCLUSIÓN: *Encefalomalacia multiquística"*

6. Informe clínico de alta del Hospital Universitario 12 de octubre, en el que la Dra. G. S., afirma lo siguiente:

"MOTIVO DE ESTUDIO

Paciente remitido desde la Residencia de Yecla (Murcia) para estudio de Enfermedad Mitocondrial. Diagnosticada previamente de Encefalopatía hipoxico-isquémica (sufrimiento fetal depresión neonatal, epilepsia) que se remite para estudio por habersele detectado una hiperlaciacidemia tanto en ayunas como en postpandrial.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres primos-hermanos, sin antecedentes patológicos en la familia paterna ni materna.

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo: ITU, parto inducido a las 41 s, presentación vaginal, distócico, meconio intraútero con monitorización patológica, apgar 4/6/9 a los 1, 5 y 10 minutos precisando reanimación, debiendo ser ingresado en período neonatal por distress respiratorio (aspiración meconial) presentando hipoglucemia precoz transitoria, edema cerebral, síndrome convulsivo, encefalopatía hipoxico-isquémica, hipoxemia con dependencia de oxígeno, hipomagnesemia y fractura de clavícula dcha. se traslada al hospital Virgen de la Arrixaca donde fue dado de alta en Neonatología con tratamiento con fenobarbital. Se le ha realizado una RM cerebral con fecha 6-4-2000 que muestra una hipoplasia de cuerpo calloso y señales de hiperintensidad en DP y T2 con disminución del grosor de sustancia, gris y formación de cavidades quísticas de distinto tamaño a nivel frontal, parietal, posterior, bilaterales. Ha sido seguido en consultas de Neurología en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia por crisis convulsivas, espasmos en flexión que no respondieron al tratamiento con vigabatrina ni ACTH. Se le realizó una TAC cerebral el 18-8-2000 donde se evidenciaba una intensa atrofia cortico-subcortical generalizada. Diagnosticado de encefalopatía crónica de etiología hipoxico-isquémica perinatal severa, epilepsia sintomática secundaria al diagnóstico anterior, retraso psicomotor y microcefalia secundaria; en la actualidad en tratamiento con ácido valproico y Sabrilex (pendiente de suprimir Sabrilex).

Se le ha realizado ácidos orgánicos con fecha 6-9-2000 donde no se ha objetivado un perfil patológico, y sí metabolitos del ácido valproico. Las determinaciones de lactato tanto en ayunas como en postprandial han sido de 5.3 y 5.7 mmoles/l, mientras que la relación B-hidroxitirato/acetoacetato ha sido normal. Se le han realizado niveles de carnitina libre total y esterificada que no han mostrado anomalías (6-9-2000).

EXPLORACIÓN

Microcefalia, tritraparesia espástica, es capaz de sostener la cabeza, de fijar la mirada y sonreír; no sedestación.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

-Hemograma: 15.000 leucos (15N, 70L, 7M, 5C, 2E) Hb. y plaquetas normales.

-Estudio de coagulación: normal.

-SMAC leve incremento de GOT (48 ui/l) LDH: 377 ui/l. Resto normal

-CPK: 174 ui/l.

-PIC Oftalmología: endotropía alternante: Fondo de ojo normal.

-Puntos redox tanto en ayunas como en postprandial: pendiente de resultado así como amoniemia. Ácido láctico, ácido pirúvico, y cuerpos cetónicos.

Ante la impresión diagnóstica tras haber hablado con los padres sobre la posibilidad de que sea o no una enfermedad mitocondrial o un error innato del metabolismo dado la consanguinidad y las cifras de ácido láctico elevadas, éstos prefieren no realizar una biopsia muscular a su hija por lo que se da de alta pendiente de los estudios citados.

JUÍCIO CLÍNICO

Encefalopatía hipoxico-isquémica.

Hiperlactacidemia,

Epilepsia severa resistente a múltiples antiepilépticos.

Hiperlactacidemia (pendiente de confirmar su existencia) que pudiera estar también en relación con el tratamiento con Depakine.

TRATAMIENTO

Continuar con el tratamiento descrito por sus Neuropediatras.

Aconsejamos tomar Carnicor 1 cc/12 hs. mientras siga tomando como antiepiléptico ácido valproico.

Recomendamos que sea vista por su Pediatra dada la leucocitosis que presenta en las analíticas realizadas en nuestro hospital".

II. De la historia de la reclamante, Sra. U., cabe destacar los siguientes informes y anotaciones:

1. Informe clínico del Servicio de Obstetricia y Ginecología, sobre el curso del embarazo, en los siguientes términos:

"PACIENTE CONTROLADA EN CONSULTA DE PRENATAL DE ESTE HOSPITAL PARA SEGUIMIENTO DE SU GESTACIÓN EN 1999. OCHO VISITAS PRENATALES; PRIMERA VISITA EN LA 9ª SEMANA CON EMBRIÓN VIVO INTRAUTERO, CRL ADECUADO A AMENORREA, SONOLUCENCIA NUCAL DE 1.2 mm; SEIS ECOGRAFIAS INTERMEDIAS CON GESTACIÓN EVOLUTIVA DE CURSO NORMAL; ÚLTIMA VISITA A LA 41 SEMANAS CON GESTACIÓN EVOLUTIVA ADECUADA A AMENORREA, PLACENTA TIPO II LIQUIDO AMNIÓTICO NORMAL.

SEXO FETAL : HEMBRA.

ANALÍTICA:

-SCRENNTXG ANEUPLOIDIAS 1/2547.

-ALFAFETOPROTEIDINA: 37.

-TEST DE OSULLIVAN 83-114.

-SEROLOGIA: LÚES NEGATIVA, TOXOPLASMA NEGATIVA, RUBÉOLA INMUNE. HTV Y HVB NEGATIVOS.

-EXUDADO VAGINAL A LA 30 SEMANAS NEGATIVO (PROFILAXIS INFECCIÓN NEONATAL).

-MONITORIZACION FETAL SEMANAL A PARTIR DE LA 36 SEMANAS NORMAL.

TRATAMIENTOS: AC. FOLINICO PRECONCEPCIONAL Y PRIMER TRIMESTRE; FERROTAPIA POR ANEMIA MODERADA; TTO. ANTIBIÓTICO POR INFECCIÓN URINARIA EN EL PRIMER TRIMESTRE".

2. Informe clínico del ingreso en HVC el día 22 de enero y alta el siguiente día 23, con el siguiente contenido:

"Motivo ingreso: I.D.U.

Evolución: Gestación de 40+3 s. de curso normal, que ingresa en período de latencia de parto por dinámica irregular. Monitorización fetal normal. Durante su estancia en planta desaparece la dinámica, TNS/s normales, exploración igual al ingreso, por lo cual es dada de alta provisional.

Procedimientos diagnósticos: Monitorización fetal.

Procedimientos terapéuticos: No.

Diagnóstico principal: Pródromos de parto.

Diagnósticos secundarios: Gestación a término.

Tratamiento: El de consulta externa.

Monitor el 26-1-00 antes de consulta.

Revisión: En consulta tocología, según cita previa (26-1-00)".

3. Informe clínico correspondiente a la estancia de la Sra. U. en dicho Hospital desde el día 30 de enero al 4 de febrero de 2000, en el que se señala lo siguiente:

"Gestante de 42 semanas ingresada en pródromos de parto con Estudio de Bienestar Fetal normal.

Gestación controlada en prenatal. Sin incidencias.

Parto inducido. Líquido amniótico teñido. Eutocico.

RN: Hembra 3250 grs. Apgar 4/6/9.

Puerperio inmediato normal.

Procedimiento diagnóstico: CTG.

Procedimientos terapéuticos: Episiotomía. Inducción al parto.

Diagnóstico principal: Gestación prolongada.

Diagnóstico secundario: Parto eutocico".

4. Informe en el que se detalla el tiempo de espera de la paciente desde que bajó al paritorio procedente de planta, y las horas de las diferentes actuaciones (exploraciones, monitorizaciones, etc.) que se llevaron a cabo hasta el momento del parto (folio 545).

QUINTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica, es emitido con fecha 17 de junio de 2004. En él la Inspectora informante, tras sintetizar las actuaciones llevadas a cabo en los centros sanitarios, resumir los informes clínicos obrantes en el expediente y realizar diversos juicios críticos sobre todo ello, concluye que:

"Nada se puede objetar con respecto a la actuación obstétrica en el seguimiento del embarazo y en el ingreso del día 30 de enero 2002 hasta el momento del parto, se procede según los Protocolos de la Sociedad Ginecológica Española, conclusión a la que se llega tras analizar la historia clínica de la Sra. U. y de la niña T. F., incluyendo la revisión de todos los monitores realizados a la madre que se encuentran custodiados en el HVC.

El parto es calificado de EUTOCICO, no hay constancia en la hoja del área de partos (hoja 500), ni en la hoja de puerperio (hoja 503) de ningún tipo de distocia (parto laborioso).

La asistencia al parto cumple el protocolo nº 3 de la SEGO, con la puntualización de la utilización de la Oxitocina no como inductor al parto que ya se había iniciado sino como Estimulador del trabajo del parto.

Los antecedentes del feto fueron normales hasta el último momento, sólo una caída en el monitor de la frecuencia cardíaca motivó la decisión de estimulación al parto que ya estaba iniciado, no procedía otra actuación.

En resumen, podemos asegurar que la actuación obstétrica, resulta intachable.

Considero que lo que sí es evidente es la Anoxia feto-neonatal con unas consecuencias de encefalopatía y convulsiones secundarias, pero entiendo que a la vista de las actuaciones realizadas durante y posterior al parto, atribuir al diagnóstico de Encefalopatía Hipóxico Isquémica las alteraciones neurológicas que desarrolla la paciente es realizar una apreciación de hiperdiagnóstico.

El diagnóstico diferencial de la Encefalopatía Hipóxico Isquémica a pesar de todas las pruebas realizadas no se ha concluido al no realizarse la biopsia muscular.

Las lesiones que padece la niña quedan reflejadas en la historia desde el momento del nacimiento, el alta para el traslado al HUVA se produjo a petición de los padres, pero con pleno consentimiento del equipo médico y de las actuaciones en cuanto al tratamiento y pruebas diagnósticas del HUVA, decir que siguen la línea iniciada en el Hospital Virgen del Castillo, repitiendo pruebas y tratando las convulsiones".

Finaliza proponiendo la desestimación de la reclamación indemnizatoria.

SEXTO.- Mediante escrito fechado el 27 de septiembre de 2004, la instructora notifica a las partes la apertura del trámite de audiencia, concediendo a los interesados un plazo de diez días para formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimen conveniente.

Con la misma fecha se confiere también trámite de audiencia a la Compañía Aseguradora del SMS.

SÉPTIMO.- La representación de los reclamantes presenta, el día 30 de diciembre de 2003, escrito de alegaciones en el que sostiene que durante el parto no se atendió debidamente a su representada, ya que a pesar de su gestación prolongada no se aplicó el protocolo correspondiente a tal situación. Es más, a pesar de que a las 9:45 horas el monitor evidencia que el feto no estaba muy reactivo, no se lleva a cabo un seguimiento exhaustivo de la

evolución del parto, de modo que la rotura de la membrana se produce sin que se sepa exactamente cuando. Aduce que el sufrimiento fetal se produjo y que así se reconoce en la historia clínica (folio 500).

Por otro lado, también pone de manifiesto que la atención prestada a la menor después de su nacimiento no se acomodó a las reglas de la *lex artis*, ya que la aspiración endotraqueal se tenía que haber efectuado durante la fase de expulsión; la niña debió ser intubada inmediatamente y, por último, se debió proceder urgentemente a su traslado al Hospital Virgen de la Arrixaca, al carecer el HVC de una unidad de cuidados intensivos y de especialistas en neuropediatría.

En lo que se refiere a la alegada enfermedad metabólica y el rechazo de sus representados a aceptar la prueba, indica que la oposición de los padres no fue gratuita, estuvo basada en el riesgo que suponía para la menor su práctica y en la opinión de la doctora que les atendió en el Hospital 12 de octubre, que consideraba que no había base para suponer que la dolencia que padecía T. fuese una enfermedad metabólica.

Solicita que se amplíe la prueba practicada con el requerimiento al HVC para que aporte la siguiente documentación:

- 1) Radiografías del tórax que se le practicaron a la menor en sus primeros días de vida.
- 2) Información sobre el tipo o tipos monitores con que contaba el citado Hospital en la fecha del alumbramiento.
- 3) Registros resultantes de las monitorizaciones a las que fue sometida la Sra. U..

En lo que se refiere a la aseguradora, ésta no comparece ni hace uso de su derecho a formular alegaciones.

OCTAVO.- Requerido el HVC para que facilite la información y aporte los documentos solicitados por los reclamantes, el Gerente del Área 5 envía, con fecha 11 de enero de 2005, las radiografías de la menor y los registros de las monitorizaciones efectuadas a la Sra. U.. Asimismo informa que *"los monitores existentes en el área de paritorios en enero a febrero de 2000 en el Hospital Virgen del Castillo eran los siguientes: Cardiógrafo anteparto HP M-1351-A (adquirido en 1996). Cardiotocógrafo de uso externo, proveedor dextro-médica (adquirido en 1993). El monitor empleado en D. A. U. F. fue el CARDIÓGRAFO ANTEPARTO HP M-1351-A"*.

NOVENO.- Mediante escrito registrado de salida el día 6 de junio de 2005, se da traslado a la Inspección Médica de las nuevas actuaciones practicadas en el expediente, al objeto de que emita informe complementario al evacuado en su momento.

Dicho requerimiento fue cumplimentado por la inspectora con fecha 8 de junio de 2005, mediante informe en el que indica lo siguiente:

"Atendiendo la petición de la Instrucción del Expediente de Responsabilidad Patrimonial nº 391/02, a nombre de T. F. U., de emitir informe complementario por haberse aportado nueva documentación, y tras el estudio y análisis de la misma. Se informa lo siguiente:

Se aporta:

- 1. Copia de las radiografías practicadas en los primeros días de la vida a T. F. U. (correspondientes a los días 1, 2, 3 y 4 de febrero de 2000).*
- 2. Copia de los registros de monitorización de D. A. U. F. durante los días 30 de enero a 1 de febrero de 2000.*

Se informa:

1.- Analizadas las radiografías aportadas pueden confirmar el diagnóstico de Distress respiratorio, que se manifiesta radiográficamente con un aumento de la densidad pulmonar, en este caso sobre todo del pulmón izquierdo. La realización de varias radiografías de tórax durante los primeros días de vida de la niña T., verifican que se siguió una buena actuación en el seguimiento de la dificultad respiratoria, como se puede comprobar en las guías de práctica

clínica.

2.- El día 8 de junio de 2004 la inspectora que suscribe se personó en el Hospital Virgen del Castillo de Yecla con el objeto de examinar la historia clínica original objeto de la reclamación. Como se puede comprobar las fotocopias de los monitores aportadas no son todo lo claras que se quisiera por ello los monitores custodiados en el HVC fueron especial objeto de la revisión, siendo de valiosa ayuda la colaboración prestada por el Dr. A. Q. Especialista en Pediatría. El resultado de su análisis fue tenido en cuenta en la emisión del primer informe.

Por lo expuesto, se mantienen las conclusiones del informe emitido el 17 de junio de 2004".

DÉCIMO.- El día 12 de julio de 2005 se procede a notificar a los interesados y a la aseguradora la apertura de un nuevo trámite de audiencia, como consecuencia de haberse incorporado al expediente la documentación requerida por los reclamantes y un nuevo informe de la Inspección Médica. La representante legal de los reclamantes presenta escrito en el que se ratifica en la imputación de las lesiones padecidas por la hija de sus representados a la asistencia recibida, circunstancia que estima se ve refrendada con la práctica de las pruebas propuestas en su primer escrito de alegaciones.

UNDÉCIMO.- El 13 de noviembre de 2005, la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos necesarios para la declaración de la responsabilidad patrimonial, al no haber acreditado los interesados que las lesiones que padece su hija sean consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

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 24 de noviembre de 2005.

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, como padres de la menor de edad T. F. U., circunstancia que se desprende indubitadamente de la documentación obrante en el expediente, ostentan, a tenor de lo preceptuado en el artículo 162 del Código Civil, la representación de su hija y, por lo tanto, se encuentran legitimados para deducir la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este Dictamen.

En cuanto a la legitimación pasiva, tampoco 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.

La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar. Así, aunque la asistencia sanitaria a la que se imputa el daño se produce el día 1 de febrero de 2000, en el momento de interponer la reclamación aun no podían considerarse consolidadas las secuelas padecidas por la menor y, en consecuencia, cabe entender que la reclamación fue formulada dentro de plazo.

Finalmente, 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. No obstante, cabe efectuar las siguientes observaciones:

a) La primera es que se ha superado el plazo de seis meses para resolver y notificar la resolución, prevenido en el artículo 13.3 RRP, lo que colisiona frontalmente con los criterios de eficiencia, celeridad e impulso de oficio que deben inspirar la actuación administrativa.

b) La segunda es que, interesada por los reclamantes en su escrito inicial la práctica de prueba testifical, consistente en declaración del padre y de la abuela materna de la menor, dicha prueba no se ha practicado, ni tampoco se ha dictado resolución motivada por la instructora rechazándola por ser manifiestamente improcedente o innecesaria (artículo 80.3 LPAC y 9 RRP). En cualquier caso, como quiera que los interesados se han aquietado ante este rechazo tácito, ya que nada han alegado al respecto en los dos trámites de audiencia que se han evacuado, en uno de los cuales llegaron a solicitar ampliación de la prueba documental, este Consejo considera que en este supuesto no se ha causado indefensión a los reclamantes y, por lo tanto, al objeto de evitar dilaciones innecesarias, entra a dictaminar sobre el fondo del asunto.

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 económicamente 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 1ª 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.

Para los interesados, el daño (las graves e irreversibles lesiones que padece la menor) sería imputable a la mala praxis médica de los facultativos que atendieron a la madre en el parto y a la propia menor en las horas inmediatas al alumbramiento, al no haber aplicado a la primera el protocolo que correspondía a su gestación prolongada y no haber atendido adecuada y prontamente los síntomas de la pequeña, a la que, en opinión de sus padres, deberían haber trasladado urgentemente al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, por contar este último centro sanitario con unidad de cuidados intensivos y con especialistas en neuropediatría.

La antijuridicidad del daño y el nexo causal entre éste y el funcionamiento de los servicios públicos vendrían determinados por un funcionamiento anormal de los servicios sanitarios que no prestaron una asistencia correcta durante el parto ni después de él, cuestión que aparece íntimamente ligada a la *lex artis*. Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...)* (ello) supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del

enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

Es decir, la imputación del daño al servicio público se objetiva así como omisión de medios, pues consideran los interesados que de haber procedido a atender los factores de riesgo existentes (gestación prolongada, parto laborioso, empleo de oxitocina, etc.), se habrían evitado las posteriores complicaciones que surgieron, las cuales desembocaron en el sufrimiento fetal que provocó a su hija la encefalopatía hipóxico isquémica que actualmente padece; a lo que habría que añadir que los facultativos, una vez nacida la niña, no detectaron dicha dolencia ni aplicaron la terapia correspondiente. La determinación de si tales afirmaciones se produjeron o no se convierte en cuestión nuclear del problema, en orden a calificar el daño sufrido como antijurídico y para poder dilucidar si existe o no nexo causal entre aquél y la actuación omisiva de la Administración.

Para alcanzar dicha conclusión es necesario un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, resultaba trascendental la aportación de un informe pericial -el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo en sentencia de su Sala de lo Contencioso Administrativo de 1 de marzo de 1999-. Ante la ausencia en el procedimiento de informes periciales médicos, no existe, siquiera sea indiciariamente, elemento probatorio alguno que acredite una mala praxis médica, siendo insuficiente a tal efecto la constatación en el expediente de la efectividad de las dolencias de la menor, pues si bien ello permite considerar acreditado el daño, no prueba que éste derive de la asistencia prestada.

Y es que, ante la pasividad probatoria de los reclamantes, la única valoración técnica de la asistencia prestada por los facultativos viene constituida por los informes de la Inspección Sanitaria (folios 549 a 559 y 623). En los referidos informes, cuyo valor probatorio en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por daños derivados de la asistencia sanitaria ha sido reiteradamente reconocido tanto por la doctrina jurisprudencial como por la de los órganos consultivos, atendidas las características de imparcialidad y especialidad técnica que reúnen, se describen y valoran las diferentes asistencias de que fueron objeto la reclamante y su hija. Según el análisis que la Inspectora Médica hace de la historia clínica y de los informes médicos obrantes en el expediente, el embarazo fue normal, el feto también y el parto no fue laborioso. En este sentido consta en la historia clínica que la Sra. U. había sido controlada durante el embarazo en siete ocasiones, con seguimiento clínico, analítico y ecográfico, siendo los resultados sobre el bienestar fetal normales. El día 22 de enero ingresa por inicio de dinámica de parto que cede, por lo que se le da el alta con cardiotocógrafo normal. El 26 de enero fue atendida de nuevo ambulatoriamente y el 30 de enero ingresa otra vez por dinámica uterina (41+6 semanas) y en esta ocasión también todos los controles realizados fueron normales. Las actuaciones que se siguieron desde este momento hasta el del parto se ajustaron, según la Inspección Médica, a los Protocolos de la Sociedad Ginecológica Española: la paciente estuvo constantemente monitorizada, la oxitocina no se usó como inductor al parto, que ya se había iniciado, sino como estimulador del trabajo del parto (protocolo núm. 3 de la SEGO), y la decisión -acertada según la inspectora- se adoptó ante una caída en el monitor de la frecuencia cardíaca del feto. Sigue afirmando la inspectora en su informe que a pesar de que en algún documento de la historia clínica (folio 192) se haga referencia a que el parto fue distócico, dicha circunstancia no ha de considerarse acreditada porque "*no hay constancia en la hoja del área de partos (hoja 500), ni en la hoja de puerperio (hoja 503) de ningún tipo de*

distocia (parto laborioso)", la fractura de clavícula es, sigue diciendo, la más frecuente lesión ósea relacionada con el parto, "se produce incluso sin maniobras especiales" (folio 554). Consta asimismo que las actuaciones inmediatas al parto fueron correctas: Nada más nacer la niña ingresa en neonatología por distress respiratorio precoz y sospecha de aspiración meconial. El distress desaparece a las 12 horas tras la administración de oxigenoterapia y la aspiración meconial se descarta al no encontrar meconio en la aspiración traqueal, sino secreciones serosanguinolentas (folio 555). Las lesiones que padece la menor quedan reflejadas desde un principio en su historia clínica, y "desencadenan actuaciones en el Servicio de Pediatría para un mejor diagnóstico: Analítica, Rx de tórax, gasometría capilar, punción lumbar, ecografía cerebral, exploración neurológica, oftalmológica, se detectan nictasmos propios de encefalopatía metabólica, repaso de antecedentes familiares respecto a consanguinidad, enfermedades previas, tratamiento en la madre, etc.", lo que evidencia que los médicos solventaron conforme a protocolo todas las complicaciones que presentaba la paciente, y aunque el traslado al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca se produjo a petición de los padres, lo fue "con pleno consentimiento del equipo médico y de las actuaciones en cuanto al tratamiento y pruebas diagnósticas del HUVA, decir que siguen la línea iniciada en el Hospital Virgen del Castillo, repitiendo pruebas y tratando las convulsiones".

Se admite en el informe de la Inspección Médica que se produjo una anoxia feto-natal (complicación por otro lado posible y a veces inevitable en todo parto), pero, con los elementos de prueba que obran en el expediente, no resulta posible afirmar que dicho sufrimiento fetal (calificado de leve en todos los informes obrantes en la historia clínica) fuera consecuencia de una mala praxis médica. Mantiene al respecto la inspectora que "a la vista de las actuaciones realizadas antes, durante y posterior al parto, atribuir el diagnóstico de encefalopatía hipóxico isquémica las alteraciones neurológicas que desarrolla la paciente es realizar una presunción de hiperdiagnóstico". A todo esto cabe añadir que existe una sospecha de enfermedad mitocondrial que no ha podido ser descartada por no haberse llevado a cabo todas las pruebas necesarias para ello.

Frente al juicio técnico contenido en el referido informe las manifestaciones vertidas por los reclamantes carecen de eficacia enervante, ya que no dejan de ser meras afirmaciones de parte realizadas 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 las dolencias de la hija de los reclamantes y el funcionamiento del servicio sanitario público, ni el carácter antijurídico de dicho 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.