



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 5 0 / 2 0 1 2

(Sección 1ª)

La Laguna, a 26 de noviembre de 2012.

Dictamen solicitado por la Excmá. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la ***Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por L.F.J.G., en nombre y representación de J.A.M.R. y C.M.R.P., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 502/2012 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excmá. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 4 de octubre de 2012, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 22 de octubre de 2012. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar, de J.A.M.R. y C.M.R.P., que actúan por medio de representación acreditada de L.F.J.G. (art. 32.1 Ley 30/1992), al tratarse de una lesión de carácter personal sufrida en la persona de su hija menor A.M.R. (fallecida

* PONENTE: Sr. Lorenzo Tejera.

durante la tramitación del procedimiento), cuya representación legal ostentan aquéllos.

Asimismo, los reclamantes actúan, además de como representantes de su hija, en su propio nombre y derecho por el daño moral irrogado en su persona como consecuencia de los padecimientos de la menor.

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

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

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

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues la reclamación que da lugar al procedimiento que nos ocupa se presentó ante la Subdelegación del Gobierno de Canarias el 2 de diciembre de 2003, y los daños por los que se reclama se determinan el 2 de diciembre de 2002, en el último informe médico emitido, que se aporta al efecto, sin perjuicio de advertirse que *“en la actualidad se siguen padeciendo trastornos físicos y retrasos físicos que al menos hasta que no se establezca de alguna manera su desarrollo y crecimiento, no podrán precisarse certeramente”*.

III

Los hechos que constituyen la reclamación de los interesados, son, según el tenor de su escrito, los siguientes:

- El 6 de agosto de 2001 nace, prematuramente (tras siete meses de embarazo), A.M.R., que, no obstante haber nacido con tan solo 1,16 Kg. y 38 cm. de talla,

conviene destacar que la llamada prueba del talón, realizada nueve días después de nacer, dio un resultado absolutamente normal.

Según consta literalmente en el informe de alta médica de 21 de diciembre de 2001, “tras el nacimiento se procede a reanimación con ambú e intubación endotraqueal y transporte en incubadora a la UVI neonatal, dada la buena evolución es posible la extubación, permaneciendo con oxigenoterapia en campana a bajas concentraciones durante 48 horas en que se suspende al no presentar signos de distress respiratorios con datos de gasometría normales. Se inicia alimentación enteral, en pequeñas tomas a débito continuo, a las 24 horas de vida con buena tolerancia, lo que permite suspender fluidoterapia i.v. al 4º día de vida. Posteriormente mantiene buen estado general con aceptable tolerancia a la alimentación y curva ponderal ascendente”.

- Sin embargo, a los veintisiete días de vida los médicos detectan un proceso infeccioso y se comienza tratamiento antibiótico e inmunoglobulinas. Con fecha 5 de septiembre de 2001 se le realiza un control donde se constata alteración del líquido Cefalorraquídeo (LCR), siendo negativo el cultivo del mismo en ese momento. Posteriormente y al cabo de treinta y cinco días, esto es el 10 de Octubre de 2001, se le repite dicho control que indica positivo a *Citrobacter Koseri*, con lo cual queda confirmado el diagnóstico de meningitis bacteriana. (...) Así las cosas y a pesar de la mejoría clínica que tuvo la niña ante esta grave enfermedad, se observa con posterioridad un aumento progresivo del perímetro craneal y significativa dilatación ventricular, con existencia de tabiques ventriculares. Todo lo cual implicó la confirmación del diagnóstico de hidrocefalia secundaria a la meningitis bacteriana contraída. (...) Alta hospitalaria con fecha 21 de diciembre de 2001 (...).

- Tan solo veintiséis días después (del alta), concretamente el 16 de enero de 2002, vuelve a ingresar en la Sección de Lactantes del Servicio de medicina pediátrica del Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de Candelaria a fin de proceder al recambio de la válvula de derivación ventrículo-peritoneal con motivo de la hidrocefalia obstructiva y a través de intervención quirúrgica, lo que se realiza sin complicación y dada la buena evolución postoperatoria y buen estado general, se decide alta el 22 de enero de 2001.

- Transcurridos sólo cuarenta y nueve días la niña vuelve a ingresar con fecha 12 de marzo de 2002, y es entonces cuando la madre solicita el alta voluntaria el día 30 de igual mes y año, por temor a que la niña volviera a contraer una infección por las

prolongadas estancias hospitalarias. No obstante y dado el considerable empeoramiento del estado clínico general de la niña producto de la hidrocefalia severa que padecía, fue inevitable que ésta ingresara con bastante frecuencia en reiteradas ocasiones posteriores: del 24 de abril de 2002 al 4 de mayo de 2002; del 23 de mayo de 2002 al 27 de junio de 2002; del 11 de julio de 2002 al 29 de julio de 2002; del 27 de noviembre de 2002 al 2 de diciembre de 2002.

- A los nueve meses de edad adquiere nuevamente una meningitis bacteriana, con ocasión de su quinto ingreso hospitalario (del 23 de mayo de 2002 al 27 de junio de 2002), lo que ha quebrantado aún más, si cabe, el estado de salud de la menor y aumentado sus deficiencias mentales y físicas.

En cuanto a esta meningitis recurrente, señalan en su escrito los reclamantes (página 8), “nótese que la misma es detectada en su quinto ingreso hospitalario que tuvo lugar el 23 de mayo de 2002, justo 19 días después de que le dieran el alta de la tercera cirugía de las doce a las que en total fue sometida. De lo cual se deduce que se trata de una segunda infección nosocomial en tanto tiene como causa inmediata el ingreso hospitalario y la intervención quirúrgica que le fue practicada en el periodo del 24 de abril de 2002 al 4 de mayo de 2002”.

Por todo lo expuesto se solicita indemnización de 596.735,44 euros, más los intereses legales que correspondan al momento del pago.

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que no exime a la Administración de resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/92).

Consta, es el procedimiento de responsabilidad patrimonial que nos ocupa las siguientes actuaciones:

1) El 16 de diciembre de 2003 se identifica el procedimiento. De ello reciben notificación los interesados el 23 de diciembre de 2003.

2) Por Resolución de 6 de abril de 2004, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, y se acuerda la suspensión del plazo de resolución hasta la recepción del preceptivo informe del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia. Ello se notifica a los reclamantes el 16 de abril de 2004.

3) Por escrito de 6 de abril de 2004, que se reitera el 24 de noviembre de 2004, se solicita informe al Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia. El mismo vendrá a emitirse el 6 de marzo de 2005, tras haber recabado la documentación oportuna.

4) El 14 de octubre de 2004 por medio de escrito de los interesados se insta el impulso del procedimiento. Así se expresa, nuevamente en escrito presentado el 28 de julio de 2005 ante la Subdelegación del Gobierno de Canarias.

5) El 13 de febrero de 2006 los interesados solicitan que la menor sea vista, para la de elaboración de informe al efecto, por forense designado por el Jefe del Servicio de Clínica Médica Forense del Instituto de Medicina Legal de Santa Cruz de Tenerife.

6) En relación con dicha solicitud, se informa a los interesados, el 11 de agosto de 2006, de que los gastos derivados de aquel informe deberán ser sufragados por ellos. Además, a efectos de dictar acuerdo probatorio, se les concede plazo de diez días para la proposición de las pruebas que estimen pertinentes. De ello son notificados el 1 de septiembre de 2006.

Así, el 13 de septiembre de 2006 se solicitan los siguientes medios probatorios: documental, consistente en dar por reproducidos los documentos ya portados; pericial médica, por medio del reconocimiento de la menor por especialista en neuropsicología para ratificar las lesiones y determinar las secuelas; pericial técnica sobre determinadas cuestiones.

7) El 28 de diciembre de 2007 se insta nuevamente por los reclamantes el impulso del procedimiento, insistiendo en que se dicte acuerdo probatorio y se practiquen las pruebas solicitadas.

8) Con fecha 5 de mayo de 2008 se dicta acuerdo probatorio, admitiendo las pruebas propuestas, pero, en relación con la pericial técnica, sólo se admite en cuanto a la cuestión relativa a que *“técnico competente se pronuncie sobre la tasa de prevalencia de infecciones nosocomiales en el servicio de neonatología del HUNSC en la actualidad y en el periodo en el que la niña contrajo ambas meningitis bacterianas (agosto 2001 y mayo 2002”*, al entender la innecesariedad de pronunciamiento sobre el resto de las cuestiones dada la información ya recabada y obrante en el expediente.

Ello es notificado a los interesados el 14 de mayo de 2008.

9) El 19 de junio de 2008 se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones la información referida en la pericial técnica solicitada y admitida.

A tales efectos, el 31 de octubre de 2008 se remite oficio al Dr. L.G.F., al haber sido designado como perito por el Colegios Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, rechazando éste el cargo el 13 de noviembre de 2008 por error en su designación, siendo su especialidad la de neurocirugía.

El 14 de noviembre de 2008 se remite igual oficio al Dr. N.L.S.H., quien rechaza el cargo por imposibilidad de ejercerlo el 28 de noviembre de 2008.

Por último, se remite oficio por ser designado perito al Dr. J.A.V.R., quien acepta el cargo el 21 de julio de 2009.

Los interesados son notificados de ello en dos ocasiones, el 29 de julio de 2009 y el 3 de septiembre de 2009, procediendo aquéllos a recusar el nombramiento por escrito de 31 de julio de 2009, en el que se insiste el 11 de septiembre de 2009, dado que en el momento en el que la menor contrae las meningitis el referido doctor era Jefe de la Unidad donde se hallaba la niña. Además, se hace saber en el escrito de 31 de julio de 2009 el fallecimiento de la menor durante la tramitación del presente expediente, el 26 de julio de 2009.

Así pues, dada la recusación, el 8 de octubre de 2009 se pide a los interesados la aportación por sí del informe pericial interesado. De ello reciben notificación el 20 de octubre de 2009.

Aquéllos, por escrito con fecha del sello de correos de 3 de noviembre de 2009, vienen a remitirse, en cuanto a la información a la que se refería la pericial, a los informes médicos ya aportados.

10) El 27 de noviembre de 2009 se da audiencia a los interesados, lo que se les notifica el 17 de diciembre de 2009, aportando alegaciones el 30 de diciembre de 2009.

11) A la vista de las alegaciones presentadas, el 15 de junio de 2010 se solicita informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones. Es reiterada esta solicitud el 19 de octubre de 2010, el 22 de noviembre de 2010, el 18 de enero de 2010 y el 5 de agosto de 2011. Asimismo, el 26 de febrero de 2010 se le remite escrito presentado el 12 de febrero de 2010 por los interesados, concretando las secuelas de la menor.

El informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones se emite el 27 de abril de 2012, lo que se notifica a los interesados el 11 de mayo de 2012 a efectos de nuevo trámite de audiencia.

12) En fechas 15 de febrero de 2010 y 2 de julio de 2010 los interesados instan, una vez más, el impulso del procedimiento.

13) Los reclamantes presentan alegaciones en relación con el informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones le 22 de mayo de 2012 (por correos).

14) El 30 de agosto de 2012 se emite Propuesta de Resolución por la Secretaria del Servicio Canario de la Salud en la que se desestima la pretensión de la parte interesada, lo que se eleva a definitivo el 3 de octubre de 2012 tras ser la Propuesta de Resolución informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 20 de septiembre de 2012.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de los reclamantes con fundamento en la documentación obrante en el expediente, argumentando lo siguiente:

“Nos encontramos ante un supuesto en el que la propia patología de la paciente incide en el resultado y en el que el daño por el que se reclama carece del requisito de la antijuridicidad, como así se desprende del Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, que señala en su apartado de conclusiones: “es un hecho constatado y avalado por toda la literatura médica que los niños prematuros y de bajo peso tienen, por su disminuida capacidad defensiva frente a los gérmenes, un riesgo elevado de presentar infecciones, por lo que se realizan y realizaron en este caso controles hematológicos periódicos además de vigilancia clínica. Este mayor riesgo, no lo es sólo de contraer infecciones, sino también de que las mismas sean de una mayor gravedad tienen menores niveles de inmunoglobulinas, tienen una respuesta de la inmunidad «barreras naturales» frente a la infección (piel, mucosas, secreciones). Además, cuando la infección se ha instalado, de por sí exagera los déficit inmunológicos agravando la situación clínica”.

2. Pues bien, siendo conforme a Derecho la Propuesta de Resolución en cuanto a la desestimación de la pretensión de los reclamantes, sería procedente distinguir los

razonamientos que han de llevar a esta conclusión en cada una de las dos meningitis que sufrió la pequeña A.

1) Empecemos por la segunda que sufrió:

Ésta se produjo 19 días después del alta de uno de los ingresos hospitalarios, lo que excluye por definición la consideración de la infección como nosocomial. Así lo señala el informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones, emitido el 27 de abril de 2012: *“- El ingreso previo a la 2ª meningitis fue durante el periodo 24 de abril a 4 de mayo de 2002, y el cuadro debuta en fecha 23 de mayo de 2002. Como indican los reclamantes, 19 días después, por tanto, supera el periodo de 48 a 72 horas tras el alta que define a la infección nosocomial”*.

Además, esta infección contraída por la niña cuando llevaba 19 días de alta, y por la misma bacteria causante de la primera meningitis (*Citrobacter Koseri*), coadyuva a la argumentación que sustenta la Administración, aplicable a ambas meningitis, de que se trata de una bacteria propia de la flora de la paciente y no del ámbito hospitalario, pues es una bacteria que “porta” la niña consigo más allá y con independencia de sus ingresos hospitalarios.

2) En cuanto a la primera meningitis, han de tomarse en cuenta los siguientes datos extraídos de los distintos informes obrantes en el expediente, y acogidos por el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones.

1.- La bacteria que causa la meningitis es propia de la flora de la paciente, y no nosocomial. Así se señala en el informe emitido el 16 de junio de 2004 por el jefe del Servicio de Medicina Preventiva del HUNSC: *“El origen de la meningitis bacteriana de la paciente es endógeno a partir de su propia flora (...)”*.

En este sentido, contrario al carácter nosocomial de la infección adquirida, se halla el informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 27 de abril de 2012. En el mismo se señala: *“En el presente caso, atendiendo al momento de debut del cuadro infeccioso y del agente aislado nos encontramos ante una sepsis tardía y aunque se presentara durante la estancia hospitalaria el agente aislado, el momento y la presentación alejan la consideración de la infección como nosocomial, si los reclamantes consideran como tal, como se desprende de las alegaciones, no como aquella en las que el lapso entre la admisión y el comienzo de la infección es de 48 a 72 horas, sino aquellas que se presentan durante la estancia hospitalaria añadiendo el matiz de secundaria a actuación del servicio sanitario”*.

Podemos hablar de sepsis neonatal precoz cuando se presenta en la primera semana. El RN es colonizado en el periodo perinatal. La transmisión de la infección es vertical. Predominan los síntomas respiratorios. Cursa con meningitis en un 30% de los casos. Sepsis tardía, cuando se presenta entre la 2ª y 3ª semana de vida. Las principales manifestaciones son neurológicas, cursando en un 75% con meningitis.

En el caso de la sepsis neonatal nosocomial, se presenta a partir del 7º día de vida, y se desarrolla principalmente en RN de muy bajo peso a los que se aplican técnicas invasivas. La permanencia hospitalaria es prolongada y suelen estar con tratamiento de antibióticos de amplio espectro. La transmisión de la infección es horizontal [personal, padres, fómites (...)].

En cuanto a la etiología, la sepsis neonatal se puede diferenciar atendiendo a la clasificación:

Sepsis precoz, por orden de prevalencia:

- *Estreptococo del grupo B (EGB)*
- *E. coli*
- *Listeria monocytogenes*

Sepsis tardía:

- *Estreptococo grupo B, serotipo III*
- *Enterobacterias*
- *Peudomonas*
- *Estafilococos*

Sepsis nosocomial:

- *Estafilococo coagulasa negativo*
- *Cándida albicans*

Por tanto en relación al momento de debut del proceso meningitis (27 día de vida) y al agente identificado como causante de la misma Citrobacter Koseri (entero bacteria) hablamos de sepsis tardía y no nosocomial”.

2.- Son otros argumentos inferidos del expediente en contra del carácter nosocomial de la infección adquirida por la pequeña:

a) Informe del Jefe del Servicio de Medicina Preventiva: *“No existen datos que reflejen algún incidente relativo a la falta de cumplimiento de las normas hospitalarias. Respecto a la higiene general del neonato, del personal sanitario y las madres en el lactario, se han cumplido los protocolos establecidos por nuestro servicio y ratificados por la Comisión de infecciones. En la sección de neonatología se realizan y en este caso se han cumplido todas las medidas encaminadas a la vigilancia, prevención, y control de infecciones nosocomiales (política de antibióticos, seguimiento de brotes, política de antisépticos y desinfectantes, educación sanitaria del personal, etc). Las cifras de infecciones nosocomiales de esta Sección de neonatología son comparables, y, estas fechas (año 2001 y 2002), están por debajo ligeramente de la media nacional (Estudio EPINE de prevalencia de infecciones nosocomiales anual de todos los hospitales de nuestro país)”*.

b) Informe del Jefe del Servicio de Neonatología: *“2.3.-En el momento en que la niña inicia el cuadro séptico se encuentra ingresada en la Unidad de Cuidados Intermedios y no estaba siendo sometida a ningún tipo de tratamiento invasivo (no estaba recibiendo ventilación asistida, ni portaba ningún tipo de catéter o canalización intravenosa). La niña se encontraba en incubadora y su tratamiento únicamente consistía en alimentación y vitaminoterapia, por lo que no es probable la contaminación debida a instrumental ni al manejo por el personal que sigue las normas higiénicas protocolizadas de lavado de manos, uso de antiséptico y guantes, y cambios de ropa del bebé y de la incubadora.*

2.4.-Como hemos referido anteriormente en el momento inicial de la infección la paciente no estaba siendo sometida a ninguna técnica o tratamiento que supusiera un riesgo incrementado de contaminación. En cuanto al germen aislado en el LCR de la paciente (Citrobacter Koseri), ni en las fechas en que la niña presentaba el cuadro séptico, ni en el momento de aislarse el germen ni en los días previos o posteriores a estos hechos, se observaron infecciones por dicho germen (Citrobacter Koseri) en otros niños ingresados en la Sección de neonatología (ni entre los que compartían el box con la paciente ni en los ingresados en otras Áreas Asistenciales)”.

3) La predisposición de la paciente a las infecciones es consustancial a los factores de prematuridad y bajo peso.

Así, se señala por el informe del Jefe de Sección de Neonatología del HUNSC: *“(…) La paciente A.M.R. nace producto de la tercera gestación de una madre de 33*

años con antecedentes de riñón poliquístico, fumadora durante el embarazo, embarazo controlado que cursa con hipertensión arterial grave en las últimas semanas. Parto a las 32 semanas de gestación, terminando en cesárea urgente por cuadro de hipertensión y registro cardiotocográfico alterado. Placenta pequeña.

La niña al nacimiento, además de la prematuridad (32 semanas de E.G.) presenta bajo peso (1160 gr.) para la edad gestacional (retraso del crecimiento intrauterino). Necesita reanimación profunda en la sala de partos y presenta cuadro de dificultad respiratoria en los primeros días de vida con buena evolución posterior.

(...) Aunque sí es evidente que por la prematuridad y el bajo peso existe un riesgo elevado de presentar infecciones, por lo que se realizan y realizaron en este caso controles hematológicos periódicos además de vigilancia clínica. Ya que es un hecho constatado y avalado por toda la literatura médica que los niños prematuros tienen, por su disminuida capacidad defensiva frente a los gérmenes, un mayor riesgo tanto de contraer infecciones como de una mayor gravedad de las mismas. Tienen menores niveles de inmunoglobulinas (éstas pasan de la madre, fundamentalmente a partir de la semana 27 de la gestación), tiene una respuesta de la inmunidad celular disminuida y un desarrollo deficiente de las “barreras naturales” frente a la infección (piel, mucosas, secreciones). Además cuando la infección se ha instalado, de por sí exagera los déficit inmunológicos-agravando la situación clínica.

Igualmente es una evidencia contrastada que el riesgo de complicaciones obstructivas tras una meningitis bacterianas por gérmenes Gram(-) en el recién nacido, y más en el prematuro, es alto a pesar de un tratamiento antibiótico correcto”.

Todo ello pone de manifiesto, una vez más, la predisposición de la niña a contraer infecciones, siendo necesario poner aquí en relación el tabaquismo durante el embarazo (consta en la historia clínica madre fumadora durante el embarazo), como la prematuridad y el bajo peso, que determinan aquella predisposición.

Es constante la literatura médica en señalar que el tabaquismo durante el embarazo se considera como el más importante factor de riesgo independiente para nacimientos de bajo peso. Esta asociación fue descrita por primera vez por Simpson en 1957 y posteriormente probada en numerosos estudios. El peso al nacer disminuye de manera directamente proporcional al número de cigarrillos que se fuman. Niños de madres fumadores presentan retraso en el crecimiento a todas las edades

gestacionales. La longitud del niño así como el perímetro torácico y cefálico también están disminuidos. Dos componentes del cigarrillo como el monóxido de carbono y la nicotina también afectan al crecimiento del niño. El CO causa hipoxia fetal y disminución del oxígeno disponible para el feto. La nicotina disminuye el flujo de oxígeno y otros nutrientes a través de la placenta por constricción de las arterias uterinas. La nicotina, asimismo, puede atravesar la placenta causando alteraciones cardiovasculares y del sistema nervioso central. El pobre crecimiento intrauterino tiene un efecto en el desarrollo posterior del niño con aumento de riesgo de alteraciones cognitivas, del comportamiento e hiperactividad. La exposición prenatal al tabaco resulta en profundas alteraciones en disposición de neurotransmisores así como tiene un efecto teratógeno en el desarrollo neuronal a nivel cerebral.

Asimismo, esta prematuridad y bajo peso cuyo factor determinante es el tabaquismo en el embarazo, encuentran relación directa con las infecciones en los neonatos. Así, de aquella bibliografía, como se indicaba en el informe del Jefe del Servicio de Neonatología del HUNSC, se detrae que Las infecciones sistémicas en neonatos son más frecuentes en prematuros Siendo un factor de riesgo el bajo peso. La mayoría de infecciones ocurren en los primeros cuarenta días de vida. La prematuridad lidera las causas de morbilidad y mortalidad en neonatos. Las infecciones sistémicas precoces incluyen meningitis, neumonía, infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario. Son complicaciones de los nacimientos pretérmino. La meningitis se asocia a alta incidencia de alteraciones del desarrollo neurológico incluyendo parálisis cerebral y déficits visuales o auditivos en los niños supervivientes. El riesgo de infección es inversamente proporcional a la edad gestacional y al peso.

A esto ha de añadirse, como se señala en el referido informe del jefe del Servicio de Neonatología del HUNSC, en contra de lo que afirman los padres de la menor, que la prueba del talón realizada a la niña, con resultado normal, es un método de screening endocrino-metabólico para detectar dos enfermedades concretas: el hipotiroidismo y la fenilcetonuria, por lo que la “normalidad” de esa prueba sólo descarta la existencia de esas dos enfermedades.

4.- En materia de infecciones es aplicable, como en todo el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el criterio de la *lex artis* como parámetro determinante de la existencia de aquélla. Este criterio viene regido, como señala el art. 141.1 de la Ley 30/1992, por lo que se ha dado en llamar, los riesgos del desarrollo. Así, “*no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se*

hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de la producción de aquéllos”.

En el caso que nos ocupa, sin perjuicio de indicar el carácter endógeno de la bacteria que produjo las meningitis que sufrió A., se constata la predisposición de la niña a sufrir infecciones, sean endógenas o nosocomiales, por su prematuridad y bajo peso, y, asimismo, se ha probado la correcta actividad preventiva de la Administración Sanitaria en materia de infecciones. Pero es que, además, en todo caso, se ha probado por parte de la Administración, la correcta actividad asistencial desde el punto de vista terapéutico y de diagnóstico.

Así, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones se pone de manifiesto aquella correcta actuación: *“En el momento en que la niña inicia el cuadro séptico se encuentra ingresada en la Unidad de Cuidados Intermedios, sin estar sometida a canalización venosa u otro proceso terapéutico invasivo y recibía únicamente alimentación y vitaminoterapia.*

Estando previamente bien la paciente presenta un cuadro clínicamente sospechoso de sepsis por lo que se inicia inmediatamente tratamiento antibiótico e inmunoglobulinas, tras recoger muestras para estudio analítico y cultivos. El tratamiento antibiótico se mantiene y se incrementa, a pesar del resultado negativo de los cultivos iniciales de sangre y del líquido cefalorraquídeo, ya que los datos clínicos y analíticos eran indicativos de sepsis y meningitis bacteriana.

2.2.-El tratamiento antibiótico empleado ha sido el habitual, según protocolo, que se instaura de forma empírica ante el diagnóstico de sospecha de un cuadro séptico hasta el aislamiento del germen causal, en que el tratamiento se ajusta según el antibiograma. En este caso se instauró tratamiento antibiótico desde el primer momento de la sospecha clínica de sepsis y meningitis, sin esperar a la confirmación diagnóstica por el resultado de los cultivos. De hecho los primeros cultivos de sangre y LCR fueron negativos pese a lo cual se mantiene y se incrementa la antibioterapia y se administran inmunoglobulinas en base a criterios clínicos y bioquímicos. Posteriormente, cuando se presentaba un cultivo positivo se ajustaba el tratamiento antibiótico al antibiograma específico del germen”.

Se observa, pues, que la actuación de los servicios sanitarios es en todo caso adecuada a las exigencias asistenciales de la pequeña, hasta el punto de que, siendo negativo el cultivo y el LCR para el germen que produjo la infección, se administra antibioterapia por la sospecha de meningitis, dada la clínica y bioquímica existentes,

sin perjuicio de insistir en realizar nuevamente las pruebas que terminarían confirmando las sospechas de los médicos, que, de esta manera, ajustarían el tratamiento instaurado.

En relación con un caso similar véase STS de 6 de julio de 2011, RJ/2012/629, si bien en este supuesto la bacteria que causó la meningitis del neonato era nosocomial: estafilococo aureus, donde señala el Supremo: *“Sabido es que en la responsabilidad sanitaria de las Administraciones Públicas lo exigible es que se pongan en el tratamiento de los pacientes los medios precisos al alcance de los conocimientos de la comunidad científica en cada momento, y que los mismos se usen de acuerdo con la lex artis aplicable en cada caso, y ello con independencia del resultado que se obtenga. Y esto es lo que sucedió en este supuesto. Sin duda el menor fue tratado con cuantos medios fueron precisos, y con toda atención y cuidado, atendiendo al modo en que se sucedían los acontecimientos de su evolución, si bien es cierto que finalmente no se pudo evitar el fracaso de esos medios con las consecuencias conocidas.*

Pero tampoco es posible olvidar de dónde se partía, es decir, de la grave situación que soportaba el menor al nacer con las deficiencias que presentaba, y que obligaban a mantenerlo en un medio hostil como el hospitalario, en el sentido de que en él, la posibilidad de contraer infecciones es muy alta, sobre todo cuando como, en este caso, el menor estaba en permanente contacto con material fácilmente colonizable por una bacteria como la que le afectó”.

Es más, en el caso que a nosotros nos ocupa, se ha actuado con una diligencia que supera la exigible, pues, incluso, como ya se señaló, se implantaron medidas terapéuticas preventivas frente a la sospecha clínica del padecimiento de la niña, lo que no ocurrió en el caso objeto de aquella Sentencia, en la que se indica: *“Cuando aparecieron los primeros síntomas de meningitis se efectuaron pruebas orientadas al diagnóstico de la misma (hemograma y cultivo de LCR) cuyos resultados no permitieron establecer una sospecha fundada e instaurar un tratamiento antimicrobiano empírico, que es el procedimiento habitual en estos casos, tratamiento que se aplicó cuando el agravamiento del estado clínico y un nuevo estudio del LCR fundamentaron la sospecha de meningitis, por lo que no se considera que existiera retraso en el diagnóstico, ya que desde el comienzo de la sintomatología el estudio se encaminó hacia una meningitis, aunque los resultados de las pruebas no confirmaron dicho diagnóstico”.*

3. Por todo lo expuesto, entendemos que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, por lo que procede desestimar la reclamación de los interesados al no concurrir los elementos de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

C O N C L U S I Ó N

Es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, pues debe desestimarse la pretensión de los reclamantes.