



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 7 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 22 de enero de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 595/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 7 de agosto de 2017 a instancia de (...), por los daños padecidos por su hijo como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. La reclamante cuantifica inicialmente la indemnización por los daños sufridos en la cantidad de 130.000 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La interesada expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

Según consta en la Historia Clínica que ha podido obtener la reclamante tras solicitarla, a su hijo menor se le realizaron las siguientes atenciones:

- El 11 de marzo de 2013 es visto en consultas externas del Servicio de Pediatría donde se objetiva en la exploración el cierre precoz de suturas craneales.

- Pasados dos meses más, el 28 de mayo de 2013, cuando el menor ya tenía 5 meses de edad, es visto por el Dr. (...), que solicita realización de TAC.

- El día 5 de junio de 2013, se valora el TAC craneal realizado por el servicio de Pediatría del Hospital de Arrecife, estableciendo el diagnóstico de craneosinostosis de la sutura digital, y «otros diagnósticos» dolicocefalia. Ante este diagnóstico, se

establecen las siguientes recomendaciones: «control en consultas externas de pediatría».

- Sin embargo, dicho TAC se valora nuevamente por el Dr. (...) en fecha 27 de septiembre de 2013, fecha en la que descarta la existencia de craneosinostosis.

- Se le ve nuevamente el día 8 de octubre de 2013, cuando el niño ya tiene 9 meses y presenta cefaleas ocasionales, indicando simplemente «volveré a revisar TAC».

- Ante esta situación, siendo consciente que el menor presentaba un problema importante, el día 13 de octubre de 2013 se presenta reclamación solicitando que se le realice la intervención quirúrgica que corresponda a su hijo.

- Ante esta petición, los facultativos del Servicio Canario de Salud hicieron caso omiso. Se le realiza al menor un nuevo TAC en fecha 3 de diciembre de 2013, tras haber acudido a revisión el anterior día 26 de noviembre de 2013.

- El día 9 de diciembre de 2013, se revisa el TAC por los facultativos del Hospital de Arrecife indicando:

«Se observa aumento del eje longitudinal del cráneo y disminución del ancho con fusión de la sutura sagital en toda la extensión con persistencia de la coronal y lambdaoidea. A diferencia del examen precedente la fontanela anterior está cerrada y no permanece la sutura metódica».

- No se indica ningún tipo de actuación médica ante esta situación. Ante esta inactividad, se pide una segunda opinión en el hospital de Las Palmas, a donde acude al día siguiente, el día 10 de diciembre de 2013, donde la Dra. (...) indica:

«En este momento con 11 meses y teniendo en cuenta que no hay alteraciones funcionales neurológicas considero que el riesgo quirúrgico no justifica la intervención de remodelación craneal».

Asimismo, solicita estudio para marzo de 2014.

- Pasaron los meses y no se llegó a citar al menor para ese estudio, por lo que el 27 de junio de 2014 se ve obligada a presentar nueva reclamación solicitando que se realice el mismo de forma urgente.

- En fecha 6 de febrero de 2014, se había diagnosticado «atrofia cerebral secundaria» a la craneosinostosis. Pero se sigue considerando que no es necesaria intervención.

- Posteriormente, se acude a diversas revisiones, hasta que el 24 de noviembre de 2016, el Dr. (...), emite informe en el cual indica que «el paciente no presenta clínica para ser seguido a través del Hospital Materno Infantil».

- De todo lo anterior se deduce una actuación completamente parsimoniosa, por parte de los facultativos del Servicio Canario de Salud, ya que ante las claras evidencias, ya desde el día 11 de marzo de 2013, de la existencia de una craneosinostosis, dolicocefalia, e incluso atrofia cerebral, no se plantea en ningún momento la realización de intervención quirúrgica.

La actuación de los facultativos ha sido totalmente pasiva, cuando ya desde un primer momento se podría haber puesto remedio a la patología del menor, que ahora le dejará secuelas de por vida. Esta actitud por parte de los facultativos, solamente puede ser debida a una falta de pericia o incluso a una falta de confianza para realizar la intervención que necesitaba el menor, tanto en el Hospital de Arrecife como en el de Las Palmas.

Solamente cuando ya tiene 11 meses de vida se plantea esta posibilidad, cuando los facultativos ya son conscientes de que es demasiado tarde, y no se van a ver en el «mal trago» de tener que realizar una intervención que seguramente no dominan.

Por lo tanto, se ha generado un evidente pérdida de oportunidad, que va a dejar a buen seguro, unas secuelas estéticas de por vida al menor, y está por determinar si también le dejará secuelas funcionales, ya que se llegó a diagnosticar atrofia cerebral pero no consta que se haya actuado en forma alguna con respecto a esta patología.

Efectivamente, en el mejor de casos, si finalmente solamente persisten secuelas estéticas, el menor se va a ver obligado a acarrear toda la vida con un defecto estético de especial visibilidad, al afectar a la cabeza, que por extensión también modifica la forma de la cara, y que sin duda influirá en su desarrollo social, y en su autoestima.

Por otra parte, la madre del afectado, ha sufrido un daño moral importante al ver cómo, a pesar de todos sus intentos, ningún facultativo ha querido actuar en la forma debida procediendo a realizar la correspondiente intervención quirúrgica, y viendo como el mal que quería evitar en su hijo, finalmente se ha concretado ante esa inactividad.

Se adjunta copia de la historia clínica.

2. Por su parte, el SIP relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- El menor nace el 26/12/12 en el Hospital Dr. José Molina Orosa, tras embarazo normal y parto normal al nacer con 9-10 de test de Apgar.

En valoración médica realizada el 29 de diciembre de 2012, se aprecia buena evolución tras nacimiento, exploración normal con fontanela anterior normotensa (quiere decir que está bien, las líneas que, en la vida fetal y primeros meses de la vida, separan a los huesos constituyentes del cráneo, se denominan suturas y a los huecos que quedan en la confluencia de varias suturas, fontanelas). La exploración neurológica y resto normal. En estos momentos no se explora ni se objetiva patología.

Ingreso en pediatría el 2 de enero con 7 días de vida, por encontrar sangre en heces, estudio y observación, dado buen estado y alta el 3 de enero de 2013, con pruebas en Consultas Externas. Con fecha 3 de enero se informa de fontanelas normotensas.

El 15 de enero de 2013, acude a consulta de pediatría por existencia de sangre en heces. En la exploración ya se comenta la posible escafocefalia existente (consiste en la cabeza larga y estrecha) y el acabalgamiento de la sutura interparietal o Sutura Sagital que está situada en la línea media anteroposterior, entre los dos parietales.

El 25 de enero de 2013, con 1 mes de edad, y tras consulta médica por vómitos y rechazo del alimento, ingresa en planta de pediatría para estudio por vómitos y estacionamiento ponderal de causa digestiva, y se diagnostica estenosis hipertrófica del píloro, tras realización de Ecografía abdominal.

El 29 de enero de 2013 y por el Servicio de Cirugía Pediátrica se realiza piloromiotomía.

En la exploración física, durante el ingreso, se comprueba cráneo con aspecto de Dolicocefalia (alargamiento del cráneo), que ya se había observado el 15 de enero, se aprecia acabalgamiento de suturas inter hemisféricas, con fontanela anterior amplia (separaciones existentes entre los huesos del cráneo en el recién nacido. Estos espacios son una parte del desarrollo normal. Los huesos del cráneo permanecen separados aproximadamente durante 12 a 18 meses. Luego se juntan o fusionan como parte del crecimiento normal, y permanecen fusionados durante toda la vida adulta). La actitud con respecto a ello es vigilancia.

Durante este ingreso se realiza Ecografía tras craneal no se encuentran hallazgos patológicos cerebrales, se realiza también Radiografía de cráneo, esta Radiografía

realizada el 28 de enero de 2013, observa una marcada disminución segmentaria de la amplitud de la sutura sagital en la proyección frontal, que se asocia a la presencia de esclerosis marginal, siendo dicho hallazgo muy sugestivo de craneoestenosis.

Fontanela normotensa, diagnóstico al alta el 1 de febrero de 2013: estenosis hipertrófica del píloro y pequeña hernia inguinal izquierda.

El 5 de marzo de 2013, edad 2 meses, el paciente acude a Consultas Externas de Pediatría del Hospital Dr. José Molina Orosa, en la exploración se objetiva cierre precoz de suturas craneales por lo que es remitido al Servicio de Neurocirugía del CHUIMI para su valoración, solicitando el traslado.

El 11 de marzo de 2013 se confirma el traslado, a los 3 meses de edad.

El Servicio de Neurocirugía del CHUIMI requiere se realice TAC craneal.

El 23 de abril de 2013 figura en historia clínica de Pediatría en Consultas del Hospital de Lanzarote: desarrollo psicomotor normal, cierre precoz de suturas craneales, es remitido al Servicio de Neurocirugía del CHUIMI para su valoración.

El 4 de junio de 2013 ingresa en planta de Pediatría del Hospital de Lanzarote para la realización de TAC craneal para estudio de Dolicocefalia y refiere resultado de «craneosinostosis de la sutura sagital/dolicocefalia», esta prueba y resultados se entrega a la madre para que se la lleve al Neurocirujano.

Se aprecia una «atrofia frontal bilateral leve, muy probablemente sin repercusión patológica, no se identifican signos sugestivos de lesión ocupante de espacio intracraneal tampoco se evidencian otras alteraciones significativas en el parénquima cerebral y estructuras».

Diagnóstico principal: Craneosinostosis de la sutura sagital. Otros diagnósticos: Dolicocefalia. Atrofia frontal bilateral leve.

Alta el 5 de junio de 2013, con recomendación de control en Consultas Externas de Pediatría.

El 11 de junio de 2013 en Consulta Externa de Pediatría anotan: controlado por craneosinostosis y por hernia inguinal.

El 11 de junio el Servicio de Pediatría remite al Servicio de Rehabilitación por cie1ia hipe1ionía en extremidades inferiores.

El 24 de junio de 2013, es valorado el menor en consulta del Servicio de Rehabilitación: «varón de 4 meses que ha sido remitido por craneosinostosis» y

exponen tras la exploración: Craneosinostosis posterior, no encuentran anormalidad en el desarrollo pero lo citan al mes y medio tras cirugía del píloro pendiente.

Vuelve a la consulta de Rehabilitación el 1 de octubre, aun no se ha operado, en la exploración no gatea, pero el resto es normal, se mantiene sentado bien.

El 3 de diciembre de 2013, con 11 meses, ingresa para la realización de TAC, el paciente está siendo evaluado por el Servicio de Neurocirugía que solicita TAC de control.

TAC de cerebro sin contraste, se establece estudio comparativo con el realizado en junio de 2013 y se observa aumento del eje longitudinal del cráneo y disminución del ancho con fusión de la sutura sagital en toda su extensión con persistencia de la coronal y lambdoidea, a diferencia del examen precedente la fontanela anterior está cerrada y no permanece la sutura metódica (...).

No existen cambios significativos en el parénquima cerebral y estructuras examinadas. Conclusiones del TAC: Craneosinostosis, variedad Dolicocefalia.

Diagnóstico principal: Craneosinostosis por cierre precoz de sutura sagital.

El 9 de diciembre de 2013, por el Servicio de Pediatría de Lanzarote se remite a Neurocirugía con el Dr. (...), pues la madre solicita una segunda opinión en dicho servicio, al no estar conforme con el médico que está observando al niño. Le dan cita para el día siguiente.

Es valorado al fin en el Servicio de Neurocirugía por el Dr. (...) el 10 de diciembre de 2013, y anota en este momento con 11 meses: «no considero justificada la intervención quirúrgica» teniendo en cuenta, añade, que no hay alteraciones funcionales neurológicas, después de evaluar el riesgo-beneficio para el menor, lo cual se comunica a los padres explicando el porqué.

A 6 de febrero de 2014, el Servicio de Pediatría en consulta sucesiva en la misma anotan: desarrollo psicomotor normal, no hipertonía de extremidades inferiores, con movilidad correcta. Inicio de gateo.

El 6 de marzo de 2014 acude al Servicio de Urgencia a causa de sufrir un TCE (traumatismo craneal), sin pérdida de conocimiento, no problemática posterior, alta a domicilio.

El 11 de agosto de 2014 se realiza RMN en la cual resulta diagnóstico de: «tejido cerebral sin anomalías valorables».

El 26 de agosto de 2014 vuelve a ser valorado en el CHUIMI, la neurocirujana escribe en historia clínica, «clínicamente bien, no signos de hipertensión intracraneal, a la RMN aumento del espacio subdural, sin otros síntomas evolutivos, ni compresión, sistema ventricular normal, pide nueva RMN para dentro de 6 meses.

El 4 de septiembre de 2014 se anota en historia clínica de pediatría, Consultas Externas, desarrollo normal, salvo problemas motores al correr y marcha de puntillas, se valora hipertonía de extremidades, con movilidad correcta, control por el Servicio de Rehabilitación.

El 23 de octubre de 2014, el varón de 20 meses es remitido desde pediatría al Servicio de Rehabilitación por trastornos de la marcha, en la exploración del niño observan marcha de puntillas, tratamiento de fisioterapia 2 veces por semana para fomentar el apoyo del talón. Revisión en mes y medio. El 27 de enero de 2015 se avisa de inicio de la rehabilitación.

El 4 de febrero de 2015 la RMN refiere como conclusión imagen compatible con escafocefalia.

El 28 de abril de 2015 de nuevo visita a neurocirugía del CHUIMI, en seguimiento por trigonocefalia, en nueva RMN se observan clara mejoría de las colecciones frontales de LCR (líquido cefalorraquídeo), no signos de Hipertensión craneal. Desarrollo motor normal, cita en 6 meses.

En marzo de 2015 el niño ya apoya el talón del pie izquierdo persiste marcha de puntillas en el derecho.

El 14 de septiembre de 2015 acude al Servicio de Rehabilitación, en mayo perdió la cita, no hay signos de hipertonía ni de debilidad muscular.

El 13 de octubre de 2015 vuelve a ser valorada en el CHUIMI, en Neurocirugía, clínicamente sin cambios, asintomático desde el punto de vista neurológico, revisión en 6 meses.

El 18 de octubre de 2016, de nuevo en consulta de Neurocirugía, y anotan RMN de cráneo sin alteraciones encefálicas. Presencia de dolicocefalia: «Dolicocefalia ya conocida sin repercusión estética grave, evolución favorable, alta de consulta» por el Dr. (...).

El 9 de noviembre de 2016 la madre del menor presenta reclamación y el Servicio de Neurocirugía del CHUIMI de Las Palmas le responde: «le comunicamos que una vez revisado su caso, el paciente actualmente no presenta clínica para ser

seguido a través del CHUIMI, por lo que se ha procedido a dar el alta de consulta y control por su médico de referencia», informe de alta hospitalaria el 24 de noviembre por el Dr. (...).

- La historia clínica del Servicio de Neurocirugía en el CHUIMI presenta la secuencia de datos siguientes:

El 28 de mayo de 2013, con 5 meses, acude por primera vez a consulta de Neurocirugía del CHUIMI, lo observan y refieren: «se palpa cresta sagital, dolicocefálico, se procede a solicitar TAC de cráneo con reconstrucción 3d».

El 27 de septiembre de 2013, en consulta de neurocirugía se anota: «valoró TAC con reconstrucción 3d que envía familiar, se observan suturas permeables, fontanela anterior amplia, se descarta craneosinostosis, pero llama la atención la presencia de colecciones subdurales, pb. Higromas bifrontales vs. Hidrocefalia externa, comento con secretaria de neurocirugía que se cite antes de un mes para medición de perímetro cefálico de manera estrecha» y así se hizo, en las siguientes visitas se mide el perímetro cefálico, del cual no hubo alteraciones posteriores.

El 8 de octubre de 2013, vuelve a acudir a Neurocirugía en CHUIMI, y refiere el mismo Dr. que expone en historial: «Vuelvo a palpar cresta sagital, volver a revisar TAC realizado en junio de 2013 para confirmar».

El 10 de diciembre de 2013, el Neurocirujano Dr. (...) valora el niño por segunda opinión solicitada por los familiares, el especialista anota en historia clínica: «Niño de 11 meses, desarrollo psicomotor adecuado para su edad, morfología escafocefálica por compensación frontal, cresta sagital. En TAC de cráneo aumento ligero del espacio subaracnoideo de la región frontal, no se observan otras alteraciones encefálicas de interés patológico, cierre de sutura sagital con cresta, no signos de HTI (hipertensión intracraneal), si tenemos en cuenta en este momento que tiene 11 meses y que no hay alteraciones neurológicas, considero el riesgo quirúrgico no justifica la intervención de remodelación craneal, citar en 3 meses con RMN para volver a valorar, el estado del encéfalo.

El informe neurológico alude que se comunica a los padres que el objetivo de una hipotética cirugía sería solo estético, y no se garantiza que esto suceda de forma efectiva, por el momento desaconseja intervención, cita en 3 meses.

Le comenta a los padres que el objetivo de una cirugía sería solo estético y no se garantiza que esto suceda de forma efectiva.

Por el momento desaconsejo intervención, cita en 3 meses».

El 26 de agosto de 2014, lo observan clínicamente bien, no signos de hipertensión craneal, en la RMN aumento del espacio subdural sin signos patológicos. Se muestra dentro de normalidad, pido nueva RMN para dentro de 6 meses.

El 28 de abril de 2015: «paciente en seguimiento por trigonocefalia; en nueva RMN se observa clara mejoría del a colecciones frontales de líquido cefalorraquídeo, no signos de HTA, desarrollo motor normal».

El 13 de octubre de 2015: clínicamente sin cambios, asintomático desde el punto de vista neurológico.

El 12 de abril de 2016, nueva visita a Neurocirugía, y se anota, hábito escafocefálico con bossing frontal ya instaurado, trigonocefalia en seguimiento. Solicito RMN craneal y cita de revisión para plantear alta, en el momento actual no veo razones para el seguimiento.

El 18 de octubre de 2016, RMN sin alteraciones encefálicas, dolicocefalia ya conocida sin repercusión estética grave, evolución favorable, alta en consulta.

El 24 de noviembre de 2016, el Dr. (...) emite informe de alta.

- El SIP realiza las siguientes consideraciones:

La existencia transitoria de suturas y fontanelas tiene un claro sentido: el continente óseo que actúa como protección de un órgano tan vital y delicado como el cerebro, tiene que permitir el crecimiento del mismo y, concluido éste, ser lo más hermético posible para incrementar su función protectora. Pero no es solo esto. El diámetro del cráneo en el recién nacido es algo mayor que el del canal del patio por el que debe pasar durante el alumbramiento. En tales condiciones solo el solapamiento (acabalgamiento de unos huesos sobre otros) que hace posible la existencia de las suturas, permite el paso. De hecho, en los casos en que la cabeza es patológicamente grande (vg. en la hidrocefalia) el patio vaginal es imposible. Como anteriormente se ha indicado, para mejorar la función protectora del cráneo éste llega a constituirse en una esfera más o menos hermética. Para ello deben desaparecer fontanelas y suturas. Este proceso tiene una cronología relativamente fija que puede verse interferida por múltiples circunstancias patológicas determinando, unas veces, un retraso en los cierres y, otras, un cierre excesivamente precoz, es decir establecido antes de que haya concluido el proceso de crecimiento normal del cerebro. De ésta última situación es de la que nos ocupamos. El cierre prematuro de una, varias o todas las suturas se denomina craneosinostosis y

comportan, siempre, alteraciones en el volumen o en la morfología del cráneo. Aproximadamente a los dos años de edad, los huesos del cráneo del niño comienzan a unirse porque las suturas se convierten en hueso. Cuando esto sucede, se dice que las suturas «se cierran», y es lo que ocurre normalmente.

DOLICOCEFALIA O ESCAFOCEFALIA: Es la craneosinostosis más frecuente. Se produce por el cierre precoz y exclusivo de la sutura sagital, que une ambos huesos parietales y va de adelante hacia atrás, desde la fontanela anterior a la posterior. Al no poder crecer la cabeza a lo ancho, la cabeza se alarga en el sentido anteroposterior, y la región frontal y occipital se abomba para compensar. La cabeza está alargada y el eje transversal está disminuido, de ahí que adopte también el nombre de dolicocefalia (cabeza alargada). Se suele palpar una cresta ósea a lo largo de la sutura, lo que da el aspecto a la cabeza de una quilla de barco (escafocefalia). No suelen presentar síntomas neurológicos, puesto que el volumen intracraneal necesario es compensado por el crecimiento del resto de huesos y suturas. La craneosinostosis puede ser congénita (presente al nacer) o puede observarse más adelante, durante un examen físico detallado, en el cual, sumado a las pruebas de diagnóstico, se utiliza para determinar el diagnóstico. No produce hipertensión intracraneal y es, por tanto, un problema esencialmente estético. El tratamiento específico para la craneosinostosis será determinado por el médico de su hijo basándose en lo siguiente: la edad, su estado general de salud y sus antecedentes médicos, la gravedad de la craneosinostosis, el tipo de craneosinostosis (qué suturas están comprometidas), la tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias, las expectativas para la evolución de la craneosinostosis. Generalmente, el tratamiento recomendado suele ser la cirugía y su objetivo es reducir la presión en la cabeza y corregir las deformidades de los huesos del cráneo y de la cara. El momento ideal para realizar la intervención es antes de que el niño cumpla 1 año de edad o los 14 meses, ya que los huesos son aún muy blandos y fáciles de manipular. Sin embargo, según la gravedad del trastorno, es posible que la cirugía deba realizarse con más anticipación.

Tenemos que disponer de una buena prueba de imagen. Hoy en día la prueba de imagen de elección para el diagnóstico y tratamiento de la craneosinostosis es la tomografía computarizada con reconstrucción en tres dimensiones. La cirugía tiene que ser precoz. Los cuatro meses y el año de vida son tomados como la edad más adecuada para la intervención quirúrgica. El riesgo vital en estas cirugías son infrecuentes, está en torno al 1-2%, englobando tanto las craneosinostosis simples

como las sindrómicas. Las causas suelen ser: hemorragia intraoperatoria, infecciones, inadecuada volemia, embolias, o edema cerebral. Es preciso un control exhaustivo tanto intra y postoperatorio.

- El SIP llega a las siguientes conclusiones:

El 15 de enero de 2013 se comenta en historia clínica, por el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote, que el menor presenta escafocefalia, antes de esta fecha no se observó como bien se detalla en la historia clínica. Al contrario, la exploración clínica de las fontanelas del bebé era normal.

Pero en esta fecha estaba siendo estudiado por la existencia de sangre en heces y déficit alimentario, ingresa en Hospital de Lanzarote el día 25 de enero, se estudia, se comprueba una estenosis hipertrófica del píloro, lo intervienen quirúrgicamente el día 29 de enero de 2013. Mientras transcurre el ingreso se realiza Ecografía tras craneal, en la que no se observa patología cerebral y también se realiza Rx cráneo el 28 de enero, que refiere datos de craneostenosis. Alta hospitalaria el 1 de febrero de 2013.

Tras esta cirugía digestiva el niño va mejorando su estado general.

El 5 de marzo lo remiten al Servicio de Neurocirugía del CHUIMI de Las Palmas, para estudio del posible cierre precoz suturas craneales, aceptan el traslado en Las Palmas.

Las evaluaciones pediátricas confirman desarrollo psicomotor normal.

El 28 de mayo de 2013 lo observa el Neurocirujano en Las Palmas, y tras apreciar dolicocefalia aplica la actuación habitual y necesaria de solicitar TAC en 3D que permite confirmar diagnóstico, descartarlo, la relación del cerebro con el cráneo (...).

El 4 de junio de 2013 se realiza el TAC, este informa de cierre de la sutura sagital, dolicocefalia, atrofia leve frontal, dicho TAC lo entregan al neurocirujano. La atrofia leve frontal no ocurre como dice la reclamante en febrero de 2014, sino en junio de 2013, en el primer TAC realizado.

El 11 de agosto de 2014 se realiza en (...) una RMN craneal, que resulta diagnóstico de tejido cerebral sin anomalías.

El Neurocirujano Dr. (...) interpreta el mismo, el 27 de septiembre de 2013 y anota que no presenta craneosinostosis, al presentar suturas permeables y fontanela anterior amplia, y se percata de la presencia de colecciones subdurales compatibles

con higroma o hidrocefalia, concluye que hay que hacer seguimiento del perímetro cefálico del menor continuado. Según informe del Servicio de Neurocirugía, ante la conclusión de no encontrar sinostosis por el Dr. (...), el informe refiere: «cabem dos situaciones, o que realmente no se viera claro, o que fuera un cierre leve de la sutura y en ambos casos estaría descartado una intervención quirúrgica», no obstante hay que añadir que debido a las conclusiones del Dr. (...) si considera realizar seguimiento estrecho del perímetro cefálico, ya que encuentra aumento del espacio subaracnoideo, supone una posible hidrocefalia por los hallazgos, y realiza entonces un seguimiento de las medidas cefálicas, pautado en estos casos, con cita antes del mes.

El 8 de octubre vuelve a ver al paciente el mismo Dr. (...), realiza de nuevo exploración y se presenta duda diagnóstica, y refiere: «volveré a revisar el TAC».

A partir de esta visita la madre solicita segunda opinión médica del Servicio de Neurocirugía, dicha segunda opinión corresponderá a la Dra. (...) que acontece el 10 de diciembre de 2013, con 11 meses de edad, tras exploración, valoración clínica y estudio de nuevo TAC craneal en diciembre de 2013, el Dr. desaconseja la intervención quirúrgica, dado riesgo-beneficio y teniendo en cuenta que no hay alteraciones funcionales neurológicas, o sea que no hay déficits neurológicos y que las alteraciones estéticas, su eliminación, no se garantiza con la cirugía.

No se observa en ningún momento desatención, obra en cada momento el Servicio de Neurocirugía a tenor de los diagnósticos a los cuales llegan.

A partir de esta fecha no hay cambios ni clínicos, como era de esperar dado el caso, ni en pruebas diagnósticas, ni en la opinión de los Neurocirujanos al respecto, en sus conclusiones.

A partir de esta fecha el Servicio de Neurocirugía, no obstante lo expresado, sigue valorando al paciente pero siempre bajo la apreciación de próxima alta en el Servicio, tanto en 2014, como en 2015 hasta el 18 de octubre de 2016 en que se hace efectiva.

Por lo que concluimos:

1.- Se comprueba por la historia clínica que el niño posteriormente vive sin secuelas neurológicas y que además nunca las tuvo según refiere la historia clínica, tuvo un desarrollo psicomotor normal.

La presunta atrofia cerebral leve que alega la señora reclamante que presentó en el primer TAC en junio de 2013 (no en 2014 como alega) se explica en la realización del primer TAC, como causa de un posible factor situacional en la realización del mismo (pues como dice el informe de dicho TAC sobre dicha atrofia leve: «más aparente ya que el examen se ha realizado sin la angulación adecuada y debido al aumento del diámetro anteroposterior de la caleta»), y se comprueba la no existencia de la misma en el segundo TAC de diciembre de 2013 y en las RMN sucesivas realizadas al menor.

2.- El proceso padecido por el niño es un padecimiento congénito que se manifiesta al nacer o después del mismo. No se ocasiona por una determinada asistencia médica.

Al contrario siempre tuvo un seguimiento clínico y de pruebas diagnósticas necesarias en estos casos (Ecografía de cráneo, Radiografía del mismo, TAC realizaron dos, y RMN varias). Aunque la dolicocefalia, presentada en este caso, es la más benigna de todas las craneosinostosis, y no suele tener más problemas que el estético, se hizo un seguimiento del desarrollo craneal y cerebral periódico.

3.- A su vez es conocido que el tratamiento de todas las craneosinostosis es casi eminentemente quirúrgico. En este tipo de tratamiento se incluye la dolicocefalia, la más benigna de ellas, pero en esta solo hay un beneficio estético en casi el 100% de los casos.

En el caso que nos ocupa está claro que no había problema neurológico, y que funcionalmente no había déficit, con desarrollo psicomotor normal.

La cirugía se puede realizar mejor hasta los 12 a 14 meses de edad sin problemas, aunque hay casos que se realizan con posterioridad. La mejor edad podría ser de 4 a 6 meses, en general. Estos datos serían una concreción en las fechas dentro de las opiniones especializadas existentes.

En este caso se realizan los actos sincopadamente según los hallazgos e interpretación del especialista, el seguimiento continuado y las pruebas diagnósticas efectuadas.

La decisión del especialista Neurocirujano, que lo expresa bien en informe e historia clínica, se basa en la observación, la exploración, las pruebas diagnósticas, la evolución y el calibrar el balance riesgo-beneficio existente.

El riesgo de este tipo de cirugía craneal porcentualmente es escaso pero no deja de existir, como pueden ser hemorragias cerebrales, infecciones cerebrales, etc.

Tras tener en cuenta todo ello, el Neurocirujano llega a la conclusión que desaconseja la cirugía, opinión compartida por el Servicio, y que se demuestra en las consultas posteriores por distintos Neurocirujanos hasta el alta.

Se siguió viendo al niño en el Servicio de Neurocirugía del CHUIMI, pero siempre con la idea del alta, ya que el proceso seguía siendo el mismo sin cambios, tanto en la clínica como en las pruebas complementarias.

Esta decisión se efectúa el 10 de diciembre de 2013, en esta fecha ya sabía la familia del menor que el niño tanto neurológicamente, en el aspecto psicomotor y las conclusiones tras las pruebas diagnósticas, no tenía problemas para su desarrollo normal, no existían déficits clínicos ni daño cerebral a considerar.

Concluimos se efectuó a conciencia realizar lo mejor para el paciente, y creemos que efectuaron una correcta praxis médica.

- Asimismo, se valora la prescripción dado las fechas del conocimiento de los hechos por la reclamante, aun teniendo en cuenta la reclamación efectuada por la misma, para segunda opinión médica que se efectúa el 9 de diciembre de 2013 y otra reclamación a su vez en junio de 2014 en esta se solicita realización de prueba diagnóstica.

Pero la decisión del Servicio de Neurocirugía, el diagnóstico y la clínica, siguió la misma tónica que en diciembre de 2013, no hubo cambios, lo cual era conocido por la reclamante en las distintas visitas efectuadas desde 2014 a 2016, el alta en consulta médica del Servicio de Neurocirugía se efectúa el 18 de octubre de 2016 primero por la Dra. (...) y posteriormente en noviembre de 2016 por el Dr. (...).

Tras presentar reclamación por realización de alta hospitalaria la madre del menor, el 9 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Neurocirugía del CHUIMI, le contesta reafirmando en dicha alta, a tenor del expediente del niño, con fecha 24 de noviembre de 2016

Este no es el aspecto reclamado en la patrimonial. Como se observa en la reclamación patrimonial el fondo de la misma es la no intervención quirúrgica al menor. La reclamación de la señora en 2016 se realiza en base al alta de consulta hospitalaria efectuada por el Servicio de Neurocirugía, al seguimiento, no a la cirugía, ya el niño tenía casi 4 años de edad.

3. Dado el preceptivo trámite de audiencia, por parte de la interesada no se presentan alegaciones.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada al no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

III

1. Antes de nada se ha de determinar si ha prescrito el derecho a reclamar por no haberse ejercido dentro del plazo de un año que establecen el art. 67.1 LPACAP (anterior art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común).

Al respecto es preciso recordar una vez más la jurisprudencia del Tribunal Supremo:

«(...) La acción de responsabilidad patrimonial de la Administración debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 142 y 4.2, respectivamente, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y del Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, en el plazo de un año computado a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Ello es una consecuencia de la adaptación de la regla general de prescripción de la acción de responsabilidad del artículo 1.902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la “actio nata” recogido en el artículo 1.969 de dicho texto legal, desde el momento en que la acción pudo efectivamente ejercitarse. En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible. Por lo tanto el “dies a quo” para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto” (Sentencia de 31 de octubre de 2000) o, en otros términos “aquel en que se objetivan las lesiones o los daños con el alcance definitivo” (STS de 14 de febrero de 2006)» (Sentencia de 18 de enero de 2008).

Esa jurisprudencia consolida el criterio de que el plazo de prescripción no comienza a computarse, según el principio de la actio nata, sino a partir del momento en que la determinación de los daños es posible, y esta coyuntura solo se perfecciona cuando se tiene cabal conocimiento del daño y, en general, de los elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción.

Así, en la Sentencia de 24 de febrero de 2009, ha reiterado el Tribunal Supremo que en «supuestos como el presente, debido a la gravedad de las secuelas o lesiones permanentes, el perjudicado necesita de un tratamiento continuado después de la determinación del alcance de las lesiones, pero ello no significa que las secuelas no estén consolidadas, es decir, que no se conozca el alcance del resultado lesivo producido, momento en el que se inicia el cómputo para el ejercicio de la acción de responsabilidad, conforme al tenor del artículo 142.5 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. De no ser así, la acción de indemnización se podría ejercitar de manera indefinida, lo que es contrario al precepto legal mencionado y al principio de seguridad jurídica proclamado en el artículo 9.3 de la Constitución Española (...)».

En relación al inicio del cómputo del plazo en el caso de daños físicos, la sentencia de 27 de octubre de 2004 explica que «La acción para exigir la responsabilidad de la Administración tiene un componente temporal, pues ha de ejercitarse en el plazo de un año a contar desde el hecho que motiva la indemnización -artículo 139.4 de la Ley 30/1992 - y este plazo de un año, en el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas; es decir, el dies a quo es el de la estabilización o término de los efectos lesivos en el patrimonio o salud del reclamante».

2. En el presente caso, el interesado reclama por la negativa a intervenir al menor, tanto en el Hospital de Lanzarote como, tras pedir segunda opinión médica, en el CHUIMI, de su padecimiento congénito denominado dolicocefalia, que es la más benigna de todas las craneosinostosis.

Como afirma el SIP, a cuyo informe tuvo acceso en el trámite de audiencia, la reclamación se presenta fuera de plazo porque la negativa a intervenir quirúrgicamente al menor se efectúa definitivamente, tras solicitar la segunda opinión, el 10 de diciembre de 2013, fecha en la que la interesada y madre del menor ya sabía que neurológicamente, en el aspecto psicomotor y las conclusiones tras las pruebas diagnósticas, no tenía problemas para su desarrollo normal, ni existían déficits clínicos ni daño cerebral a considerar.

El resto de reclamaciones y atenciones no tuvieron que ver que esa negativa a ser intervenido, por lo que conoce la determinación de secuelas de la craneosinostosis al menos desde el 10 de diciembre de 2013.

De lo anterior se colige, pues, que esa es la fecha de inicio del plazo de prescripción ya que desde ese momento pudo ejercer, conforme a la jurisprudencia citada, su derecho a reclamar.

Siendo, por tanto, esa la fecha de la determinación del alcance de las secuelas y habiéndose presentado la reclamación el 7 de agosto de 2017, es evidente que se ha presentado superando ampliamente el año de prescripción establecido en el art. 32.2 LRJSP. Aunque la reclamante ha podido persistir en su discrepancia, lo cierto es que el hecho lesivo quedó ya determinado por el Servicio Canario de la Salud en la fecha antes indicada (diciembre de 2013), y la reclamante era perfecta conocedora de tal circunstancia hasta el punto de que admite asimismo en su reclamación dicha fecha (incluso una anterior: 11 de marzo de 2013) como «dies a quo» a los efectos del cómputo del inicio del plazo de prescripción.

Habiendo prescrito el derecho a reclamar, como hemos afirmado en múltiples ocasiones (ver por todos el DCC 366/2016), ni este Consejo ni la Propuesta de Resolución deben entrar en el fondo del asunto, sino limitarse a desestimar la pretensión resarcitoria de los interesados por extemporaneidad de la reclamación.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, aun cuando desestima la pretensión resarcitoria por cuestiones de fondo, no se ajusta a Derecho porque la reclamante ha ejercido su derecho a reclamar fuera del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, por lo que se debe limitar a declarar que el derecho del interesado a ser resarcido ha prescrito, tal como se razona en el Fundamento III.