



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 9 / 2 0 2 2

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 8 de abril de 2022.

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 (...) y (...), en representación de su hija (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 85/2022 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 3 de marzo de 2022 (con registro de entrada en este Organismo el mismo día), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Los reclamantes solicitan indemnización sin haber determinado cuantía; no obstante, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP, en adelante) propone una cantidad indemnizatoria que ascendería a 13.421,68 euros, *quantum* que determinaría la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación, además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC); y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) LOSC.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante).

5. En lo que se refiere a la legitimación activa, los reclamantes ostentan la condición de interesados en el procedimiento al haber sufrido su hija una deficiente asistencia sanitaria [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple también el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se interpone la reclamación el día 27 de agosto de 2018, respecto de un daño determinado en fecha 3 de abril de 2018 (art. 67 LPACAP).

II

1. En el escrito de reclamación los interesados, concretamente, alegan:

« (...) mi hija (...), nacida con fecha 21 de septiembre de 2016, con 18 meses de edad, fue ingresada a través de urgencia el día 3 abril de 2018 en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias del Servicio Canario de la Salud, remitida desde consulta externa de neuropediatría del HUNSC el día 3 de abril de 2018, por hidrocefalia progresiva.

Durante su ingreso en el Hospital Universitario de Canarias, fue valorada por Neurocirugía que tras los resultados de la IRM craneal, constata que la menor (...), sufría HIDROCEFALIA CON REGRESION MOTORA.

HIDROCEFALIA TRIVENTRICULAR CRÓNICA, ESTENOSIS DEL ACUEDUCTO DE SILVIO. no evidenciando datos de actividad por lo que decidieron programar de urgencia la intervención quirúrgica el día 5 abril de 2018.

Tras la intervención quirúrgica de la menor, es trasladada a la UCIP, donde permaneció ingresada 1 día, y posteriormente fue trasladada a la planta de pediatría del Hospital, donde por su estabilización, fue dada de alta el día 9 de abril de 2018.

SEGUNDO.- A partir de los 12 meses de edad de mi hija menor (...), se había puesto en conocimiento del pediatra que había notado en la menor, un aumento progresivo del tamaño de la cabeza, constatado por el pediatra, asociado a pérdida progresiva de la habilidad y estabilidad de la marcha con temblor al intentar caminar inicialmente generalizado, acentuado en las últimas semanas, localizado fundamentalmente en las piernas.

La menor (...) tuvo un desarrollo psicomotor normal hasta los 12 meses (sonrisa social, sedestación sin ayuda a los 7 meses, gateo a los 10 meses, bipedestación y 2-3 pasos sin apoyo a los 12 meses; Entre los 12 a 15 meses percibí en la menor una regresión en la deambulación con dificultad para dar pasos sin apoyo, acompañándose de temblor en extremidades superiores e inferiores relacionados con el movimiento (coger cosas. deambulación), presentando un empeoramiento de la sintomatología progresiva y aumento del tamaño de la cabeza.

TERCERO.- Según la evolución del percentil cefálico de la menor (perf metro craneal), constatado por el pediatra del Servicio Canario de la Salud, y que consta en el historial médico de la menor, que se acompaña al presente como BLOQUE DE DOCUMENTOS NUMERO DOS, el perímetro craneal de la menor, había aumentado, saliéndose los perímetros máximos, a partir de los 9 meses de edad de la menor, por lo que el pediatra de la menor, teniendo en cuenta los percentiles cefálicos, y del perímetro craneal que se reflejaban, en los controles, debía haber remitido a la menor de urgencia al neurólogo de pediatría desde los 9 meses de edad, como se desprende de los datos que se relacionan a continuación:

En la revisión de la menor a los 7 meses, realizado con fecha 27/04/2017. en el centro de salud Icod El Alto, C.P., pediatra (...), el perímetro craneal percentil de la menor era de 44.5. la fontanela de 2x2 y la talla percentil de 69.5.

En la revisión de la menor a los 9 meses. realizado con fecha 28 de junio de 2017, en el Centro de Salud Los Realejos, C.S. pediatra (...), el perímetro craneal Percentil de la menor, se encontraba en el perímetro máximo (47), la fontanela se había abierto 3X3, y la talla del percentil era 73.

En la revisión de la menor para la vacuna de los 11 meses, realizado con fecha 5 de septiembre de 2017, en el Centro de Salud Los Realejos, C.S., pediatra (...), el percentil

craneal de la menor ya se encontraba fuera del perímetro máximo, aunque no consta las mediciones.

En la revisión de la menor a los 12 meses, realizado con fecha 4 de octubre de 2017, en el Centro de Salud Los Realejos, C.S., pediatra (...), el perímetro craneal Percentil de la menor, era de 49, la fontanela era de 3X3. y la talla percentil 77. se encontraba fuera del perímetro máximo.

Con fecha 8 de enero de 2018, la menor fue vista por el pediatra (...), por gastroenteritis aguda.

Con fecha 21 de febrero de 2018, la menor fue vista por el pediatra (...), por motivo del retardo específico del desarrollo. (marcha), fijándose por el médico (retraso de la marcha aunque da pasos suelta, y se mantiene de pie sin apoyo, gatea muy bien).

Con fecha 21 de marzo de 2018, revisión de los 18 meses, realizado en el Centro de Salud Los Realejos, C.S., pediatra (...). el perímetro craneal Percentil de la menor, era de 52.5 la fontanela era de 2X2, y la talla percentil 81 - se encontraba fuera del perímetro máximo.

En esta fecha, 21 de marzo de 2018, la menor presentaba temblor distal en extremidades superiores e inferiores, fontanela abierta 2x2, facies delgadas sindrómicas, frente prominente, y por el pediatra (...) se decide remitir a la menor (...) para valoración de desarrollo neurológico y sindrómico, con juicio diagnóstico retardos específicos del desarrollo, a Neurología del HUC, informándome el pediatra, que me darían cita para dentro de un año.

Como consecuencia de que el pediatra de mi hija. no me hizo un parte de urgencia sino preferente, para acudir por Urgencia al Hospital Universitario de Canarias, y viendo el estado en el que se encontraba mi hija, decidí comentarlo con neuro-pediatría del Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria. (toda vez que yo trabajo como auxiliar de administrativo en dicho hospital), quien valoraron a mi hija con fecha 3 de abril de 2018, diagnosticaron que sufría hidrocefalia progresiva, y la remitieron de urgencia al hospital universitario de Canarias, para ser operada urgentemente.

Como consecuencia de la negligencia médica cometida por el pediatra de la menor (...), al no haber diagnosticado en tiempo la hidrocefalia, la menor, sufre pérdida del desarrollo motor (pérdida de deambulación y bipedestación sin ayuda, sufriendo además de temblores en las extremidades superiores e inferiores), pérdida del desarrollo del lenguaje, asimismo presenta frente amplia y abombada, y tuvo que ser sometida de urgencia de LA HIDROCEFALIA TRIVENTRICULAR POR ESTENOSIS DE ACUEDUCTO DE SILVIO. practicándosele una ventriculostomía endoscópica del 3º ventrículo, encontrándose la menor en la actualidad aún de baja médica, en tratamiento rehabilitador, estimulación precoz, y necesitando férulas correctoras.

CUARTO.- Teniendo en cuenta las anteriores argumentaciones y a la vista de los informes médicos de mi hija (...), es evidente que en el caso que nos ocupa concurren todos los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad de la Administración. No hay lugar a dudas de que el daño es producido por una mala praxis profesional, siendo, por tanto, antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y, en consecuencia, surge para éste la obligación de reparar dichos daños, pues si se hubiera detectado a tiempo la hidrocefalia que sufría mi hija menor (desde los 9 meses de edad), mi mandante no hubiera sufrido problemas de déficit pérdida del desarrollo motor (pérdida de deambulación y bipedestación sin ayuda, ni temblores en las extremidades superiores e inferiores), y pérdida del desarrollo del lenguaje, asimismo, tampoco hubiera presentado en la actualidad frente amplia y abombada (...) ».

2. Mediante Resolución de 3 de septiembre de 2018, del Director del SCS, se admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente.

3. En la misma fecha se solicita del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (en adelante, SIP) el informe oportuno, en particular, en atención al servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

Con fecha 23 de diciembre de 2020, consta registrado el informe del SIP, referido a la asistencia sanitaria que le fue prestada a la paciente, adjuntando los informes médicos preceptivos (art. 81.1 LPACAP).

4. En relación con los informes médicos preceptivos, (págs. 811 y siguientes del expediente), entre ellos, cabría destacar el informe del doctor (...), en relación con las siguientes fechas:

« (...) Fecha 4 de Octubre de 2017: revisión de 12 meses parte de la valoración realizada por enfermería como consta en la historia clínica fue dentro de la normalidad con desarrollo normal para una niña de 12 meses. En dicha valoración tampoco se me refirió ni por parte del personal de enfermería ni por los familiares de la niña al preguntarles sobre la niña y su desarrollo, que hubiese algún dato de alarma (Los cuales en base al neurodesarrollo del niño a esa edad son la presencia de alguno de los siguientes items: No bipedestación con apoyo, presencia de reflejos anormales, no reconoce su nombre, no mira donde le señalan, no repiten sonidos o parece no oír, falta de interés en juegos interactivos), ni que el perímetro

cefálico fuese patológico, ni que hubiese algún otro signo o síntoma clínico que le preocupara a los padres ni al personal de enfermería de su valoración. Recaltar que como se puede constatar en la historia clínica de la paciente no hay referencia a lo que mencionan en dicha reclamación como HECHO SEGUNDO sobre que se informó del perímetro cefálico y/o cabeza de la niña por parte de los padres como dato preocupante.

El 22 de diciembre de 2017 la paciente tenía cita para revisión de los 15 meses a la que no acudió.

Fecha 8 de enero de 2018: la paciente como consta la historia fue valorada por una gastroenteritis, no refiriéndose datos de alarma relacionados con la antropometría ni el neurodesarrollo de la niña.

El 12 de enero de 2018 la paciente tenía nueva cita para revisión del programa de niño sano a la que tampoco acudió.

Fecha 21 de febrero de 2018 la madre acude sin cita refiriendo que la niña no camina, en esa fecha la paciente tiene 16 meses y como consta en la historia está dentro del rango de la edad en la que los niños ya suelen caminar, no teniendo una marcha libre fluida, pero sí da pasos suelta, se mantiene de pie sin apoyo y gatea muy bien. (se aporta copia del Test de Haizae Llevant "escala para detección precoz de los trastornos del desarrollo de los niños" realizado a la madre ese día).

Fecha 21 de marzo de 2018: se cita a la niña para revisión y repetir la realización del test de Haizae Llevant, presentando un adecuado neurodesarrollo en las áreas de socialización, lenguaje, lógica y matemáticas y manipulación, presentando fallos en 2 de los ítems del desarrollo postural para su edad. Ya que no presentaba todavía carrera libre ni caminar hacia atrás, pero teniendo en cuenta que todavía estaba dentro de los rangos permitidos para que pudiera realizar dicha actividad. Carrera libre hasta los 20 meses y caminar hacia atrás hasta los 22 meses de vida.

Recaltar que con respecto al perímetro cefálico que según las mediciones registradas por el personal de enfermería encargado de dicha valoración sólo a partir de del 21 de marzo de 2018 los valores se salieron de rango de percentiles del programa para seguimiento de los datos antropométricos de los niños dentro del programa de niño sano, en el que se usa los datos del estudio de Orbegozo 1988. Antes de esa fecha todos estaban dentro de los rangos de percentiles permitidos o aceptados como normales, sobre la presencia de una fontanela amplia es necesario tener en cuenta que el cierre de la fontanela anterior se produce entre los rangos de edad de los 14 a los 24 meses (fontanela amplia no es lo mismo que fontanela a tensión). Y que se tienen que analizar los datos antropométricos en base a una niña que siempre ha estado en percentiles altos de talla. (...) ».

5. El día 28 de diciembre de 2020, la instrucción del procedimiento dicta Acuerdo Probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas consistente en

documental médica y practicándose las testificales. En atención a la testifical practicada el médico adjunto del Servicio de Neurocirugía (págs. 1544 y siguientes del expediente), declaró como sigue:

« (...) Primera.- Diga ser cierto, que cuando usted valora por primera vez a la menor (...), esto es con fecha 3 de abril de 2018, era evidente en (...), que había tenido un crecimiento anormal de cráneo.

Respuesta: "Sí".

Segunda.- Diga ser cierto, que cuando la valora el 3 de abril de 2018, la menor (...), además de presentar una frente prominente y fascies afiladas, se ponía de pie con apoyo, daba pasos agarrada de las dos manos, pero siempre con apoyo; no tenía una marcha autónoma ni bipedestación sin apoyo.

Respuesta: "Sí".

Tercera: Diga ser cierto, que una vez que le realizan las pruebas diagnósticas, le comentó a la madre, que la niña llegaba tarde al Hospital, tenía HIDROCEFALIA TRIVENTRICULAR CRÓNICA y que a su criterio, la menor, debía haber sido intervenida a los 9 meses de edad.

Respuesta: "No recuerdo haberlo dicho".

Cuarta: Mostrándole el documento número 1 página 35, el perímetro craneal de la menor, nos podría decir, ¿si teniendo en cuenta la evolución del crecimiento del cráneo de la niña, debía haberse remitido antes a la niña para ser valorada por un especialista externo?

Respuesta: "Sí".

Quinta: Si es afirmativa la respuesta, ¿nos podría decir en qué edad de la niña, según la gráfica, debía haberse remitido a la niña a Neurología, o realizado pruebas diagnósticas para descartar alguna patología?

Respuesta: "La paciente debió haber sido remitida para valoración a los doce meses".

Sexta: Teniendo en cuenta la gráfica de crecimiento del perímetro craneal, desde los 9 meses de edad de la niña, en el que la niña tenía el perímetro craneal a 47, y está en el límite del percentil normal de niño sano, ¿se debía hacer realizado un control periódico por el Pediatra, para valorar la evolución del crecimiento del cráneo, advirtiéndoselo a los padres?

Respuesta: "Sí".

Séptima: ¿Nos podría concretar los inconvenientes que ha tenido, en el caso de la menor, por haberla intervenido tardíamente, en una fase crónica de la enfermedad?

Respuesta: "Mayores dificultades en el tratamiento definitivo, necesidad de varias operaciones, y retraso en la rehabilitación".

Octava: ¿Podría haber peligrado la vida de la menor, si no la hubieran operado urgentemente con fecha 5 de abril de 2018, y se hubiera esperado a que le dieran cita en el Servicio Canario de Salud en Neurología del HUC, al año como indicaba el Pediatra según el pase preferente emitido por el Pediatra con fecha 21 de marzo de 2018?

Respuesta: "No creo, por tratarse de una hidrocefalia crónica".

Novena: ¿Qué secuelas presenta actualmente (...), como consecuencia de haberla intervenido quirúrgicamente en una fase crónica, por un diagnóstico tardío?

Respuesta: "Fundamentalmente, alteraciones motoras, de miembros inferiores, que afectan a la marcha".

Décima: Diga ser cierto, que por la intervención tardía de la menor, la menor tiene como secuela, cabeza grande, hiperlaxitud articular, tiene problemas de equilibrio, coordinación, tiene problemas de posición inadecuada, tanto en reposo como en movimiento, necesitando de férulas correctivas, y de tratamiento de rehabilitación de fisioterapia.

Respuesta: "Sí, desde mi punto de vista, salvo la hiperlaxitud".

Undécima: ¿No es cierto, que debido a diagnóstico tardío de la enfermedad, la menor sufrió retraso lingüístico, necesitando tratamiento de logopedia?

Respuesta: "Sí es cierto".

Duodécima: Diga ser cierto, si a (...) recientemente, le ha sido diagnosticada de epilepsia, encontrándose bajo tratamiento. Se le puede mostrar el informe médico de fecha 19/01/2021 aportado en este escrito.

Respuesta: "Sí".

Decimotercera: Diga ser cierto, que la epilepsia, es una secuela de la HIDROCEFALIA, en la fase crónica.

Respuesta: "Sí, es una secuela a todo el proceso de la enfermedad y del tratamiento quirúrgico recibido".

Decimocuarta: El hecho de que la menor haya pasado por varias intervenciones quirúrgicas, ¿puede ser debido a que se le diagnosticara la HIDROCEFALIA tardíamente?

Respuesta: "Sí".

Decimoquinta: Diga ser cierto, si (...) se encuentra actualmente en proceso de curación, no tiene el alta médica, y que pueden surgirle más problemas neurológicos. En caso, de contestación afirmativa, nos podría decir cuáles.

Respuesta: "Está actualmente con la hidrocefalia controlada, no tiene el alta médica por nuestra parte. ya que precisa seguimiento de por vida. y puede presentar, fundamentalmente, complicaciones relacionadas con la válvula que tiene colocada para el control de la hidrocefalia, aparte de la epilepsia de reciente diagnóstico".

Decimosexta: Podría indicarnos, como Neurocirujano pediátrico, ¿qué porcentaje de niños con hidrocefalia, que usted lleve como pacientes, ya sea con intervención de ventriculostomía únicamente o con colocación de válvula, tienen retraso motórico (problemas de equilibrio, coordinación, etc.), hiperlaxitud articular, macrocefalia, epilepsia. Si su respuesta, es un porcentaje bajo o ninguno, ¿entonces relaciona las secuelas que padece (...), con el hecho de que fue intervenida en fase crónica por un diagnóstico tardío?

Respuesta: "Es muy frecuente la asociación de todos esos síntomas y secuelas en pacientes pediátricos con hidrocefalia, ya que esta se presenta de forma habitual en cualquier patología cerebral que afecta al paciente pediátrico (traumatismos, tumores, infecciones, malformaciones congénitas, etcétera).

No relaciono de forma taxativa todas las secuelas que presenta con el diagnóstico tardío, sino con la propia naturaleza de la hidrocefalia y los tratamientos quirúrgicos realizados para resolverla" (...) ».

Por lo demás, el pediatra que asistió a la menor en el Centro de Salud en su declaración testifical señaló, entre otras, en la pregunta 11 que indica «diga ser cierto, que en la revisión de los 12 meses, con respecto al perímetro cefálico, los valores de (...), se salieron del rango de percentiles del programa para seguimiento de los datos antropométricos de los niños dentro del programa de niño sano», contestando que «en el programa no consta eso, sino en el documento que portan los padres», así como en la pregunta 13, sobre «diga ser cierto, que en la revisión de los 12 meses, debía haber tomado como pediatra de la niña, alguna medida de seguimiento periódico para valorar el crecimiento del cráneo, o remitirla a consulta externa para ser valorada por neurología pediátrica, o realizarle pruebas diagnósticas», contestando: « (...) ni en la gráfica constan las mediciones de la cartilla que manejan los padres», en la pregunta 17 sobre « (...) usted cuando valora a la niña con fecha 8 de enero de 2018, se percató que la niña tiene la frente pronunciada y la cabeza grande», señala «no, si me hubiera percatado lo hubiera apuntado y si los padres me lo hubieran dicho, lo hubiera apuntado»; finalmente podemos destacar, entre otros, la respuesta a la pregunta 24 sobre « (...) los motivos, por los cuales no derivó a la niña a consulta externa para ser valorada por especialista», declarando «porque el criterio en la marcha, por sí solo no es un criterio de derivación y en el test trastorno del desarrollo de los niños, solo habían dos fallos y estaba a tiempo aún de cumplirlos».

6. Con fecha 19 de mayo de 2021, se acuerda la apertura del trámite de audiencia. Por lo que los interesados presentan escrito de alegaciones en fecha 4 de junio de 2021, en particular presentando su disconformidad con la cantidad indemnizatoria propuesta, adjuntando facturas con efectos probatorios.

A su vez, el SIP presenta nuevo informe complementario en fecha 26 de noviembre de 2021, que fue debidamente notificado a los afectados.

7. Con fecha 25 de febrero de 2022, se emite la correspondiente Propuesta de Resolución del Secretario General del SCS.

8. Por lo demás, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

III

1. La Propuesta de Resolución estima parcialmente la reclamación efectuada por los afectados, al entender el Órgano Instructor, en resumen, que de los tres meses que transcurren desde los quince meses a los dieciocho meses de edad de la menor-momento en que es derivada al especialista- sólo un mes resulta achacable al funcionamiento del SCS (del 21 de febrero al 21 de marzo de 2018). Entendiendo que hubo una pérdida de oportunidad en el tratamiento de la enfermedad de la paciente puesto que, desde el 21 de febrero de 2018, cuando su patología ya empezaba a ser sintomática, pudo ser remitida al especialista para su valoración.

Por lo anterior, el SIP reduce a un tercio la cuantificación de la indemnización que correspondería abonar por el deficiente funcionamiento del SCS, valorando indemnizar con el montante de 13.421,68 euros.

2. En el supuesto planteado los reclamantes, en síntesis, realizan su reclamación con base en la negligencia médica cometida por el pediatra de la menor, al no haber diagnosticado a tiempo la hidrocefalia por esta padecida, sufriendo como consecuencia una pérdida del desarrollo motor y del lenguaje, presentando una frente amplia y abombada, teniendo que ser sometida a intervención quirúrgica urgente de la Hidrocefalia Triventricular por estenosis del Acueducto de Silvio. Además, fue sometida a un tratamiento rehabilitador, estimulación precoz y aportar férulas correctoras.

3. Concretamente, el SIP, en su informe explica que si bien un valor puntual no puede valorar bien el crecimiento del niño es importante ver la evolución de estas medidas en el tiempo para realizar la valoración oportuna mediante gráficas que permiten ver cómo está el niño/a respecto al resto de su misma edad. Estos datos se expresan en percentiles (PC).

Indica el SIP que una macrocefalia en un niño en desarrollo es una variante de la normalidad si no está asociada a síntomas neurológicos ni del neurodesarrollo, siendo suficiente la observación o simplemente, no hay que hacer seguimiento. En cambio cuando se detectan alteraciones de las funciones neurológicas o un deterioro en el neurodesarrollo, sí hay que realizar pruebas de imagen. Preocupa una macrocefalia asociada a una velocidad de crecimiento acelerado debiéndose descartar que este aumento brusco del crecimiento craneal sea debido a una hemorragia, tumor o hidrocefalia. Se distingue por tanto un crecimiento constante de una situación de crecimiento acelerado.

En ecografía transfontanelar se observa Hidrocefalia con mal drenaje de los ventrículos y es diagnosticada de Macrocefalia con Regresión motora.

Las manifestaciones clínicas de este proceso en menores de dos años son: Macrocefalia; desproporción craneofacial, frente prominente; fontanela abombada y tensa; diastasis de sutura, venas pericraneales dilatadas; ojos en sol poniente/diplopia; irritabilidad; somnolencia; vómitos; retraso psicomotor. Se recoge en el informe del Servicio de NCR del HUC que cuando la hidrocefalia se presenta en lactantes, los signos y síntomas fundamentales son la cefalea, macrocrania, estancamiento o involución del desarrollo psicomotor, espasticidad, alteraciones visuales, etc.

Se llega al diagnóstico a través de la clínica. La presencia de síntomas orienta la necesidad de realización de estudios complementarios: Rx de cráneo, exploración con ecografía transfontanelar, TAC y/o RM.

El objetivo del tratamiento de la hidrocefalia es disminuir las cifras de presión intracraneal a cifras normales para conseguir un desarrollo psicomotor y emocional adecuado y una función neurológica normal mediante una expansión adecuada del manto cortical.

4. En lo que se refiere a la pérdida de oportunidad debemos recordar lo ya señalado por este Consejo Consultivo en sus números dictámenes -DDCC 171/2016,

152/2017, 523/2018, 354/2019, 359/2019, 38/2020, 396/2020 y 497/2021-, mediante los que indicábamos:

« (...) Desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada “pérdida de oportunidad” cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

“La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada” (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003).

“En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable” (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación n.º 6280/2009).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia “la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias” (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación n.º 1247/2014) (...).».

Aplicada esta doctrina al caso, se ha llegado a acreditar mediante los informes médicos obrantes en el expediente que efectivamente existió pérdida de oportunidad en la asistencia que la menor recibió en el Centro de Salud por su pediatra. Lo que no se discute en momento alguno, confirmándose que no se hizo un seguimiento oportuno en las revisiones médicas programadas, tanto como consecuencia de la falta de asistencia a las mismas por parte de la menor, como por apreciar un

seguimiento médico deficiente en la evolución o crecimiento de la paciente que quizás hubiera precisado o requerido una atención especial en lo que al crecimiento del Perímetro Craneal (PC) se refiere, pues el diagnóstico temprano de hidrocefalia por estenosis congénita del Acueducto de Silvio va a depender de los síntomas y signos que presente el paciente, y como bien nos indicaba el SIP en sus consideraciones, en relación a la enfermedad de la macrocefalia, está asociada a una velocidad de crecimiento acelerado del PC, razón por la que consideramos que debió descartarse que el aumento brusco del crecimiento craneal de la paciente fuese debido a una hidrocefalia, observándose en las gráficas un crecimiento acelerado del PC de la menor, coincidiendo con ello el neurólogo en sus declaraciones.

Se desprende de las declaraciones vertidas por el pediatra de la paciente que, en la revisión de los doce meses, con respecto al perímetro cefálico, confirmó que se salía del rango de percentiles del programa para seguimiento de los datos antropométricos de los niños dentro del programa de niño sano, como figuraba en la cartilla que aportan los padres. Entendemos, por tanto, que el facultativo podría haber observado las gráficas que así lo confirman en el expediente o en su caso en la propia cartilla de haberla solicitado para el estudio de la evolución de la menor, pues los padres no son conocedores de la ciencia médica. Todos los elementos que conformaban el estado de salud de la paciente determinaban la necesidad de derivar a la menor a un especialista para su valoración y descartar en su caso la posible enfermedad que se hubiere sospechado ante un estudio correcto -posteriormente confirmada-, ya que las gráficas del PC, junto con los dos fallos detectados en el test trastorno del desarrollo de los niños, constituían datos suficientes para poder descartar en su caso la sospecha clínica fundada.

5. Por los hechos constatados, sin embargo, este Consejo Consultivo discrepa en atención a la determinación del momento en la edad de la paciente en la que se habría de fijar la pérdida de oportunidad confirmada. Según la documentación obrante en el expediente, se observa en la gráfica de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (pag. 35 del expediente) que desde los doce meses de edad la paciente superaba el percentil del PC, y que a partir de los seis meses aproximadamente el crecimiento del PC comenzó a crecer de forma notable y desmesurada pasando de 50-75 cm a 90-97 cm en tres meses, si bien no superando el 100% del percentil, no obstante es a partir de los doce meses cuando el percentil se situó por encima del 100% de la media de acuerdo con la evolución del perímetro reflejada en la gráfica que coincide con los datos reflejados en el informe del SIP, por

lo que no se desconocía la evolución acelerada del PC a partir de los cinco-seis meses de edad de la paciente.

De acuerdo con las declaraciones vertidas por el médico adjunto del Servicio de Neurocirugía, entendemos que debió realizarse un seguimiento más profundo, mediante controles médicos, revisiones especiales, y práctica de pruebas sanitarias existentes, conociendo sobradamente en ese momento las características y supuestos en los que la hidrocefalia tiene cabida para su diagnóstico certero y temprano.

Concretamente, de acuerdo con el neurocirujano, la evolución del crecimiento del cráneo de la niña, era partidaria de una remisión y valoración por un especialista, ya que las pruebas diagnósticas tempranas podrían haber determinado la enfermedad de la paciente desde los doce meses, de acuerdo con su evolución anterior desde los cinco-seis meses en relación con situarse fuera del percentil a partir de los doce meses.

IV

1. En lo que a la indemnización se refiere, este Consejo Consultivo, así, pues, discrepa de la valoración económica realizada y propuesta, en tanto que la Administración sanitaria reconoce sólo un mes de retraso en el diagnóstico de la enfermedad de la paciente como consecuencia del deficiente funcionamiento del SCS, esto es, a partir de los diecisiete meses de edad de la menor, desde el 21 de febrero hasta el 21 de marzo de 2018.

2. Por las razones expuestas en el precedente Fundamento, este Consejo Consultivo considera que la pérdida de oportunidad ha de situarse desde los doce meses de edad de la paciente, cuando supera sin discusión el percentil. Ciertamente, un estudio de la evolución del PC de la paciente desde los seis meses de edad permite observar el crecimiento acelerado del cráneo, aun cuando sin ser suficiente como para practicar pruebas médicas especiales, algo que sin duda sí se hubiera requerido a partir de los doce meses cuando ya superaba notablemente el percentil.

A efectos del cálculo indemnizatorio se considera que existe una pérdida de oportunidad de seis meses (no de un mes como la PR entiende), pues de acuerdo con el informe del Neurocirujano y los razonamientos expuestos, la paciente debió haber sido remitida para su valoración a un especialista desde los doce meses de edad.

En consecuencia, para el cálculo del *quantum* indemnizatorio se realizará en atención a la normativa aplicable con referencia al día en que efectivamente se

considera que hubo pérdida de oportunidad, esto es, el momento en el que la niña asistió a la revisión médica de los doce meses.

3. Por lo demás, de acuerdo con la Propuesta de Resolución, se considera que las actuaciones sanitarias posteriores relativas a la intervención quirúrgica, tratamientos, etc. (...) fueron necesarios para sanar a la paciente y acordes con la *lex artis ad hoc*. La menor presentó una patología congénita cuya intervención quirúrgica «*ventriculostomía endoscópica del 3º ventrículo*» hubiere sido necesaria, en cualquier caso. Por lo demás, la intervención y el posoperatorio fueron normales, existiendo DCI, siendo los síntomas y signos inherentes a la patología sufrida.

En todo caso, la cantidad indemnizatoria propuesta deberá ser adecuada a la normativa que sea de aplicación. Sin perjuicio de que, conforme a lo previsto en el art. 34.3 LRJSP, se deberá de actualizar a la fecha en que se ponga fin al procedimiento con arreglo al índice de garantía de la competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por los interesados, no se considera conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento III. En consecuencia, deberá de indemnizarse a los reclamantes de acuerdo con las valoraciones consideradas en el Fundamento IV del presente Dictamen.