



DICTAMEN 10/2023

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 12 de enero de 2023.

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 hijo (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 493/2022 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el 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 20 de noviembre de 2018 a instancias de (...) y (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a su hijo (...), durante el embarazo y la patología detectada con posterioridad a su nacimiento.

2. Los interesados cuantifican la indemnización que reclama en más de 6.000 euros (en este caso 1.200.000 euros), cantidad 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 la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC); 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; 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 de la reclamación.

En lo que se refiere a la legitimación activa, los reclamantes ostentan la condición de interesados en el procedimiento, al ser los representantes legales de su hijo (art. 154 y 162 del Código Civil), quien sufrió en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.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.

4. 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) LOSC.

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.

5. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación de responsabilidad patrimonial (art 67.1 LPACAP), pues ésta se presentó el 20 de noviembre de 2018, en relación con unas patologías por las que el menor recibe el alta hospitalaria el 14 de abril de 2018.

6. 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).

II

1. Los interesados basan su pretensión resarcitoria en lo siguiente:

«Durante el seguimiento del embarazo de su hijo nacido el 23 de noviembre de 2017» (que detallan en el referido escrito) fueron informados reiteradamente

de que «el feto se encontraba en perfecto estado sin referir patología o enfermedad alguna».

Así mismo señalan que «*con fecha 30 de noviembre de 2017 se nos comunica por el Doctor (...), que mi hijo padecía la enfermedad denominada "Lipomeningioma lumbo-sacra/médula anclada/seringomelia", ante lo cual y en estado de ansiedad, pregunté porque dicha enfermedad no le fue detectada en el proceso de gestación, principalmente en las primeras pruebas realizadas al feto, ante lo que no recibí respuesta ni explicación alguna, limitándose a referir los doctores que me asistieron que las pruebas no reflejaban enfermedad alguna durante el embarazo.*

(...)

En fecha 7 de diciembre de 2017 me comunican el resultado de las pruebas de preanestesia para cirugía programada para el 11 de diciembre de 2017, diagnostican nueva enfermedad "mielomeningocele"».

Con fecha 28 de marzo de 2018 es intervenido quirúrgicamente, si bien dicha intervención estaba programada para el 11 de diciembre de 2017 siendo el objeto de aquella cirugía la unión lumbo-sacra diagnosticada.

« (...) En fecha 14 de abril de 2017 (debe tratarse del año 2018) mi hijo recibe el alta hospitalaria.

(...) mi hijo tiene 11 meses necesitando una atención y cuidado personal continuo, lo que irá agravándose de forma permanente por lo crónico de la enfermedad, lo que provoca que deba estar en su cuidado las 24 horas del día, perdiendo toda calidad de vida y evitando acceder a un puesto de trabajo para poder asistir y procurar alimento, ropa y medicinas a mi hijo».

Finalizan solicitando una indemnización para su hijo (...) de 1.200.000 euros.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«1.- La paciente comienza embarazo en febrero de 2017 con fecha probable de parto el 14 de noviembre de 2017. Secundigesta, con embarazo previo de gestación curso normal.

Seguimientos diversos según protocolos por: Matrona en Centro de Salud y Ginecólogos-Obstétricas.

Controles por Matrona en distintos meses del embarazo donde supervisa la frecuencia cardíaca, constantes, altura uterina (...) resultan normales.

Controles sucesivos obstétricos con diagnóstico de embarazo normal. Analíticas, Ecografías y exploraciones obstétricas normales.

Cribados de aneuploidías y Ecografías obstétricas no patológica.

Dentro de todas las Ecografías y pruebas realizadas, todas importantes, hay dos momentos en los que hay que incidir en su importancia y que son:

A: El 2 de mayo de 2017 se realiza cribado del primer trimestre, en el CAE, en semana 11+4 día. El cribado del primer trimestre se realiza para detectar el riesgo de alteraciones cromosómicas y descartar grandes malformaciones. El resultado es normal.

Se descartan aneuploidías cromosómicas (anomalías cromosómicas) tras pruebas.

B: El 5 de julio de 2017 en semana 21+1 día. Ecografía, diagnóstico de: "compatible con la normalidad para la edad gestacional". Es una Ecografía de cribado morfológico (...) Se realiza en la Unidad de Medicina Fetal, Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI.

En el informe de esta exploración consta que: "en esta exploración no se observan anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no se pueden descartar las que no tienen expresión ecográfica o las que se presentan de forma avanzada en el tercer trimestre. El índice de pulsatilidad medio en ambas arterias es normal para la edad gestacional".

El informe de dicha Ecografía está especialmente detallado en historial clínico y realizado por Ginecóloga experta en dichas Ecografías.

En el historial clínico del CHUIMI observamos que la paciente firma consentimiento informado para dicha Ecografía, en dicho C.I. se explica que es y para qué sirve (...) En el C.I. se contempla lo siguiente :" (...) dicha Ecografía permite descartar anomalías morfológicas fetales. Solo puede informar de la existencia de posibles anomalías morfológicas físicas y no de defectos congénitos de otra naturaleza (...) El resultado normal del estudio ecográfico no garantiza que el niño nacerá sin algún tipo de alteración o retraso mental. La precisión de la prueba depende de la edad gestacional (más fiable alrededor de la 20-22 semanas), el tipo de anomalía, algunas tienen poca expresión ecográfica, de las condiciones de la gestante que pueden dificultar la exploración y de la propia posición fetal. La sensibilidad media del diagnóstico ecográfico es de 56% con un rango establecido entre el 18% y el 85%."

2.- El 23 de noviembre de 2017 da a luz un varón, 41 semanas más 2 días, parto sin problemas. Lactancia, RN y madre en buen estado, parto cefálico y eutósico.

El mismo día 23 de noviembre: "Recién nacido ingresa en intermedios para estudio por bultoma en fosa sacra. Pasa con su madre a puerperio en donde inicia lactancia materna".

Posteriormente y en la misma fecha "ingresa en hospitalización procedente de transición RNT masculino para estudio de bultoma en región lumbar objetivada al nacimiento".

Juicio Diagnóstico: RN . Bultoma en región lumbar a estudio.

Se requiere Ecografía. Analítica y Antibioterapia

Posición decúbito prono, gasas con SF en región sacra.

3.- El 23 de noviembre de 2017, enfermería anota: "Recién nacido ingresa en intermedios para estudio por bultoma en fosa sacra. Pasa con su madre a puerperio en donde inicia lactancia materna".

El 24 de noviembre de 2017 el médico de guardia escribe en historial clínico del CHUIMI: "Tumoración blanda en regio lumbosacra línea media con pliegue cutáneo y fisura que parece cerrada ?". Ruego Ecografía de región lumbar a RN que presenta bultoma.

Informe:

No se observan alteraciones significativas a nivel de los tejidos blandos en el área de "bultoma", no obstante impresiona el cono medular de posición baja con dilatación de la cavidad medular.

No se logra identificar comunicación del área referida como "bultoma" con la cavidad medular, no obstante, no se puede descartar el mismo. Se sugiere completar evaluación mediante RM.

En esta fecha 24/11/2017, notas de enfermería: RN está incubadora. Presenta bultoma en fosa sacra aparentemente cerrada, no drena nada durante el diurno. Mantienen la zona húmeda con gasas estériles mojadas en suero fisiológico así se logra mantener mejor la higiene de la zona y disminuyen las posibilidades de infección, indicación médica que no salga de la incubadora.

Se realiza ECO transfontanelar y abdominal. Realizado screening metabólico.

El 25 de noviembre el médico anota: "Dx: Bultoma lumbar (Lipoma Vs. Meningocele). Eco cerebral normal. Eco abdominal: no dilatación renal, vejiga normal. Pendiente de IC a Neurocirugía y RMN"

El diagnóstico necesita concretarse con otra prueba más específica.

"Se realizará un RMN el 27-11-2017 en el Hospital Perpetuo S. ".

4.- 27/11/2017: el Servicio de Neurocirugía anota en historial: "Avisan para valorar RN con la posibilidad de meningocele vs lipoma lumbar está pendiente de RMN de columna L-S (lumbo-sacra) que es imprescindible para una correcta valoración del paciente. IC con RMN".

Resultados de IRM columna lumbar 27-11-2017: "Disrafismo espinal, defectos de arcos posteriores izquierdo a nivel lumbar y sacro izquierdo. Lipoma intraespinal en una extensión de 38 mm ocupa región lumbar y sacra. Médula anclada: Gran dilatación a nivel intramedular desde T8 hasta L4 a valorar quiste del ventrículo terminal o siringomelia. Sinus dérmico desde L5 a la región dérmica lumbar izquierda. Globo vesical. Los niveles reseñados pueden ser erróneos o equivocados, falta definir cuál es L5 y S1".

Se decide cirugía el 30 de noviembre por el Servicio de Neurocirugía del CHUIMI para el 11 de diciembre de 2017.

El 30 de noviembre de 2017 el neurocirujano explora al RN y escribe en historial clínico: " Presenta en la unión lumbo sacra masa con pequeño apéndice sin solución de continuidad de la piel (...)"

5.- El 10 de diciembre de 2017 RN reingresa, procedente de la calle, para entrar en quirófano mañana (...) A su llegada, presenta mocos amarillentos en abundancia y secreciones en ambos ojos. Se decide instalar en incubadora.

El 11/12/2017 Avisa enfermería de que el paciente está con catarro de vías altas y aumento de secreciones.

Avisan desde planta al Neurocirujano que el paciente presenta catarro de vías a altas (...)

Conjuntivitis y tos productiva que ha precisado de aspiración con abundantes secreciones.

Valorado por el Servicio médico de Anestesia: "Subo a valorar al niño que está dormido y presenta buen aspecto, se ausculta apreciándose algún subcrepitante y respiración con secreciones de vías altas. Dada la complejidad y duración de la cirugía, creo justificada la suspensión y retraso de la cirugía hasta superado el proceso actual".

El 12 de diciembre de 2017 el Servicio de Neurocirugía: "Paciente que ingresa de forma programada para IQ de lipomielomeningocele".

Valorado por anestesia se decide suspender IQ hasta resolución del cuadro respiratorio. Por nuestra parte el paciente puede ser dado de alta cuando lo considere oportuno el Servicio de Neonatología. Puede ser alta, previa valoración por Anestesia. Al alta citar en CEX de NCR en 1 mes. Se mantiene en LEQ. Se volverá a programar a la mayor brevedad posible.

Posteriormente se suspende quirófano por orden médica.

El 17 de diciembre de 2017 anotan historial clínico del CHUIMI: "neonato varón de 23 días: DX: Lipomielomeningocele; Bronquiolitis VRS positivo; Neumonía Lóbulo Superior Izquierdo.

No incidencias. Afebril. Buenas saturaciones con O2 ambiente. En tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico (100mg/kg/día desde el día 13/12/17 a las 10:30).

Adecuada ingesta y tolerancia oral. Diuresis y deposiciones normales.

EF: Buen estado general, normohidratado, normocoloreado. Eupneico, no distrés. ACP: Rítmica sin soplos, buena entrada de aire bilateral con hipoventilación en campos pulmonares izquierdo.

Resto normal. Pendiente evolución”.

El 19 de diciembre de 2017 informe donde se refiere que: “nos trasladan neonato varón de 18 días de vida procedente del Servicio de Neonatos por presentar cuadro respiratorio con rinorrea fluida abundante, golpes de tos irritativa y conjuntivitis bilateral, test rápido de VRS, se confirma VRS+ (Virus Respiratorio Sincitial).

Tras confirmación de Neumonía Lóbulo Superior Izquierdo se inicia tratamiento ATB con Augmentine IV.

Tras lo cual mejoría. Se le da el alta tras mejoría, con tratamiento ATB VO hasta completar tratamiento.

Sigue valoración médica: El 1 de marzo de 2018: Vigil, conectado, fija y sigue bien con la mirada, muy risueño. Pares craneales normales (...) . No dismorfias (...) . Bultoma en zona lumbosacra de 6x6 cms con fosita sin fistula visible, apéndice medio. Adecuada movilidad de EE tanto MMSS como MMII, fuerza y tono normal, ROTs presentes y simétricos. Buen sostén cefálico. Juicio Diagnóstico Lipomeningioma Lumbo-Sacro. Médula Anclada.

Pdte. de intervención por parte de NCR.

6.- El 27 de marzo de 2018 Ingresa paciente de forma programada para cirugía de lipomielomeningocele Entrego CI

El 28 de marzo de 2018 es intervenido quirúrgicamente por el Servicio de Neurocirugía del CHUIMI.

Curso clínico: escribe Servicio de Anestesia y Reanimación: “Diagnóstico: Lipomameningocele extra e intradural”.

Procedimiento: Resección lipoma y cierre de defecto de tubo neural.

Servicio NRC 28-03-2018 hoja quirúrgica: Diagnóstico Lipomameningocele extra e intradural.

Procedimiento Resección lipoma y cierre de defecto de tubo neural.

“Posición D.? PRONO.

Incisión Línea media lumbar. Hallazgos: Lipoma extra-intradural con afectación de todas las raíces lumbosacras, cono medular y médula”. Descripción Técnica Quirúrgica: “Se realiza abordaje por línea media a través del lipoma, se localizan láminas de L2 y L3 y se realiza laminectomía de ambas hasta localizar duramadre sana. Bajo técnica microquirúrgica se abre duramadre por línea media y se visualiza defecto dural con entrada de lipoma. Se disecan raíces, dañándose S1 izq. Se logra resear casi totalmente lipoma, dejando un resto del cual dependía varias raíces. Cierre dural con seda, se sella el defecto mediante duragen, duraseal y grasa.

Cierre de partes blandas con varios planos. Drenaje lumbar externo."

Tras ingreso hospitalario postcirugía, el 14 de abril de 2018 dan alta hospitalaria.

En informe de enfermería el 14 de abril de 2018 se refiere buena evolución postquirúrgica, movilizando las EEII sin problemas (...) .no aparente afectación de la micción ni la defecación (...) .dada buena evolución se decide alta y seguimiento por CCEE DE Neurocirugía Materno.

El 4 de abril de 2018 en Consultas Externas de Rehabilitación, anotan que tras revisión de Neurocirugía hallan mejoría de control de esfínteres. Persiste hipoestesia en ambos MMII de predominio izquierdo. Mejor tono y masa muscular en MII, con tendencia a varo del pie.

Exploración física general: vigil, fija y sigue, sonríe. Actitud en MII en extensión y varo de pie, con flexión de ambos dedos de los pies (...) (...).

Realiza todos los movimientos analíticos según edad con MID, salvo dedos de los pies (...) con MII realiza flexión y extensión de cadera y rodilla con BM de ½ (...) (...) impresiona de hipoestesia en región pública y anestesia en pie derecho con hipoestesia en muslo (...) enseñan ejercicios a la madre, se solicita férula, tto. en centro propio. Se cita próxima revisión.

El 24 de abril de 2018 el paciente pasa a control medicina rehabilitadora CHUIMI, que anotan en historial:

"Apunte en revisión de Nrqx (Neurocirugía): Mejoría del control de esfínteres. Persiste hipoestesia en ambos MM.II. De predominio izquierdo. Menor tono y masa muscular en MII con tendencia a varo del pie.

Exploración Física General: Vigil, fija y sigue. Sonríe. Actitud en MII en extensión y varo de pie, con flexión de ambos dedos de los pies. Movilidad cervical libre. Cicatriz con buen aspecto, no adherida en región lumbosacra todavía edematosas. Moviliza miembros SS simétricamente.

Realiza todos los movimientos analíticos de la edad con MID salvo extensión de dedos de los pies (valorar), con MII realiza flexo/ext. de rodilla y cadera con BM (balance muscular) de 2/3, tibial post activo, no objetivo peroneos ni tibial anterior, ni gemelos 0/3. ROT rotulianos +++; D y ++/+++ Izq.

Impresiona de hipoestesia en región pública y anestesia en pie derecho con hipoestesia en muslo.

Buenos apoyos (...) . BAP (balance articular pasivo) libre. Maniobra de tracción: +. Reflejos arcaicos +. Pies, raquis y caderas normales. Enseño ejercicios a la madre, hago P10 (para solicitar férula), hago ficha para tto. en centro propio, revisión en 3 meses.

Tto.: CTA de tobillo, cadera y rodilla activo asistida, estimulación táctil de MMII con distintas texturas. estimulación de peroneos, tibial anterior y gemelos activo asistida Potenciación de psoas, cuádriceps e isquios mediante movimientos, comentar si dudas."

EL 21 de agosto de 2018: 8 meses y 1 sem, intervenido el 28/03/18 de lipomielomeningocele lumbar diagnosticado postnatalmente, acude a tto 2v/sem, valorado por NQX hace una semana intestino neurógeno. Usa férula postural nocturna izq.

EF: Vigil, fija y sigue. Sonríe Actitud en MII en extensión y varo de pie. Movilidad cervical libre. cicatriz con buen aspecto, no adherida en región lumbosacra.

Moviliza miembros SS simétricamente. realiza todos los movimientos analíticos de la edad con MID salvo ext. de dedos de los pies (valorar), no objetivo gemelo derecho, con MII realiza flexo/ext de rodilla y cadera con BM de 2/3, tibial post activo, no objetivo perones ni tibial anterior, ni gemelos 0/3. ROT rotulianos + + + / + + + + D y + + / + + + + Izq. impresiona de hipoestesia de S1-2,3,4,5 consigue cuadrupedia pero el MII falla. BAP libre control de tronco en sedestación Pies, raquis y caderas normales. impresiona nivel sentivo-motor L5 izq y S1 derecho continuar con tto (...) rev en noviembre

Evolución NRC CEX 06/11/2018 Paciente intervenido de lipomielomeningocele lumbar.

"Muy buena evolución de herida quirúrgica. Persiste alteración de esfínteres. Persiste hipoestesia en ambos MM.II. de predominio izquierdo con menor tono y masa muscular en MII con tendencia a varo del pie. Se mantiene de pie y se levanta solo En tto por parte de RHB con estabilidad clínica desde la última visita. Pendiente de RNM. Cita tras RNM."

Seguimientos en CCEE de Traumatología: Así el 29 de noviembre de 2018, 11 meses, intervenido de lipomeningocele. Refiere la madre que no tiene fuerza eversora en pie izdo desde la cirugía. Usando férula posterior pasiva nocturna. Durante el día usando Tape (vendaje neuromuscular, se lo pone y quita la madre). Gatea y hace bipedestación.

Presenta atrofia musculatura en todo el miembro inferior izdo con Fuerza 0 en CPE (nervio Ciático Poplíteo Externo), realiza flexión (...) (...) Flexo extensión rodilla y cadera completa (...) (...) cadera dcha > izda. Pie izdo con aducción y antepie supinado. No equino.

Plan: Solicito Rx caderas.

Citamos en 6 meses Estiramientos gemelos y uso férula pasiva nocturna.

Valorado por el Servicio de Nefrología, 20/12/2018, valoración tras pruebas Complementarias

Datos clínicos. Dilatación pielocalicial izquierda. Informe ecográfico.

Dilatación pielocalicial izquierda con una medida de la pelvis de 8 mm con tamaño y espesor de parénquima dentro de la normalidad. Riñón derecho sin alteraciones.

Vejiga no valorable por falta de repleción. Resto del estudio ecográfico de abdomen incluyendo hígado, vesícula, páncreas y bazo sin hallazgos significativos.

Observaciones abdomen blando y depresible no masas. Observaciones región lumbar. Cicatriz de lumbotomía posterior.

Observaciones extremidades inferiores. Mínima asimetría EII, con menor masa muscular en EII, buena movilidad. Observaciones genitales masculinos: Varón con testes en bolsas.

El 18 de diciembre de 2018 en consulta sucesiva de Neurocirugía 12 meses: "Fue operado en marzo. - Sedestación 6 meses - Se pone de pie: 10 meses. pero no da pasos porque no tiene fuerza en MII (dice su madre que no tiene fuerza en rodilla izda"). Antes de la cirugía movía más los MI, además no mueve los dedos y no tiene control de esfínteres. Las deposiciones se las saca la madre. Controlada en RHB. - Lenguaje: varias palabras - Señala - Hace adiós - IC RHB: síndrome de lesión medular 2º a lipomielomeningocele con nivel sensitivo motor L5 izdo y S1 dcho. Vejiga e intestino neurógeno.

Examen neurológico: datos +: no flexión plantar en ambos pies, arreflexia aquilea, aduce pies pero no los abduce, mínima flexión dorsal pies (dudosa), no mueve dedos de los pies, hipotrofia MII. Abdomen algo distendido.

Plan Diagnóstico- Terapéutico - Seguir terapias - Será visto en Nefrología - Seguir RHB, NC (Neurocirugía), Traumatología (servicios médicos).

CONSIDERACIONES

Los disrafismos espinales o malformaciones congénitas de la médula espinal se clasifican en defectos del tubo neural abiertos y DNT cerrados. En los cerrados las estructuras afectadas estarán cubiertas con piel.

Dentro de los cerrados está el lipoma espinal, entre otros (...). Su diagnóstico prenatal es un reto.

Estos presentan un lipoma y un disrafismo cubierto con piel, es el defecto de tubo neural oculto más frecuente pero es un defecto poco frecuente del cierre del tubo neural.

Lo más corriente es que ocurra en la región lumbo-sacra, el lipoma se extiende, penetrando y ancla la médula a la duramadre adyacente y tejidos contiguos dando lugar al síndrome de la médula anclada, trastorno variable de la marcha de progresión lenta y asimétrica.

El lipomielomeningocele, es otra forma de definir esta patología. caracterizado por un lipoma subcutáneo que se extiende a través de un defecto en la fascia lumbodorsal, el arco vertebral neural, y la dura. Es lo mismo.

Sabemos que el síndrome de la médula anclada es una rara afección neurológica en la que la médula espinal está unida (anclada) a los tejidos circundantes de la columna

vertebral. Esto impide que la médula espinal pueda moverse para acompañar el alargamiento de la columna vertebral a medida que crece.

La médula anclada se diagnostica principalmente por diagnóstico clínico, puede estar presente al nacimiento o manifestarse con el crecimiento

La cirugía es el principal tratamiento para la médula anclada. En este procedimiento, la médula espinal se separa de la columna vertebral que la rodea para que pueda moverse libremente. Si se trata a tiempo, cualquier daño que resulte de la médula anclada puede mejorar.

Los disrafismos ocultos son en la actualidad un reto para el diagnóstico prenatal. Hay que referir que esta dificultad diagnóstica viene apoyada por no presencia de alteraciones craneales como en los DNT abiertos, y que no se presentan alteraciones analíticas, la Alfa-fetoproteína es normal en el líquido amniótico, como en los abiertos, por lo que, normalmente no se diagnostican intraútero.

Los DNT abiertos son los que mayormente se diagnostican antes del nacimiento.

Se aconseja la cirugía, también en niños asintomáticos con médula anclada, por la evolución de la enfermedad y presentar secuelas, pueden evolucionar a: presencia de dolor, disfunción de esfínteres, marcha espástica (...) ».

3. El citado informe del SIP llega a las siguientes conclusiones:

«CONCLUSIONES

1.- *Para llegar a las conclusiones sobre este informe tenemos ayuda de la historia clínica, informes hospitalarios, la reclamación efectuada e informe del Jefe de Obstetricia y Ginecología.*

En cuanto a lo reclamado anotamos:

A) *En mayo de 2017 se realiza cribado Ecográfico del primer trimestre. El cribado del primer trimestre se realiza para conocer el riesgo de alteraciones cromosómicas y descartar grandes malformaciones.*

B) *Tras seguir curso normal la gestación se realizan las Ecografías y analíticas correspondientes a cada tiempo del embarazo.*

C) *El resultado obtenido fue normal para la valoración de la morfología fetal, para lo cual se realiza la Ecografía morfológica en la Unidad de Diagnóstico Prenatal y Terapia Fetal del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno Infantil, a realizar entre la 20-22 semanas de gestación.*

La paciente es conocedora de dicho informe y sus conclusiones.

La paciente firma C.I. previo realización de esta Ecografía.

En dicho consentimiento se explica las semanas en la que se realiza, el tipo de prueba, para que sirve y explica los déficits de la misma, el tanto por ciento de casos en que no se pueden diagnosticar malformaciones (...).

No se demuestra mala praxis. Los controles durante el embarazo, realizados una parte por Matrona del Centro de Salud, Ginecólogos del CAE, y Ginecólogos-Obstetras del Hospital Materno Infantil, no muestran ni alteraciones cromosómicas en un primer estudio, ni alteraciones morfológicas, entre otras. Dichas valoraciones se realizan en el tiempo en que se deben realizar y con los medios técnicas y conocimientos actualizados.

2.- No es hasta el 30/11/17 cuando se llega al diagnóstico, después de haberle realizado una Ecografía postnatal no concluyente (24/11/17) que necesita para el diagnóstico la RMN, Resonancia Magnética y que se efectúa el 27/11/2017.

El contenido graso del bultoma, el tamaño pequeño que presentaba (que en caso de ser objetivable en la Ecografía morfológica de la 20-22 semanas aun sería menor la posibilidad de diagnosticarse porque sería más pequeño con anterioridad) y la probable manifestación en el tercer trimestre es lo que pudo ocasionar la no detección prenatalmente, de hecho es necesario para el diagnóstico postnatal realización de una Resonancia Magnética, ya que la Ecografía postnatal no daba suficiente información de la patología.

A su vez los defectos neurales cerrados como es el padecido por el RN, son difícilmente diagnosticables prenatalmente, la mayor parte de éstos se descubren postnatalmente.

Añadimos a estas conclusiones que no solo en casos como el que estudiamos, sino en otras patologías el diagnóstico prenatal es complejo, la sensibilidad de las pruebas prenatales son limitadas, en unos casos sea mayor y en otros menor.

3.- La cirugía era necesaria en estos defectos del tubo neural llamados cerrados como es el lipoma-médula anclada, o lipomielomeningocele y se realiza prontamente en los primeros meses tras el nacimiento y siempre cuando las condiciones del paciente fueran las adecuadas, dada la importancia de dicha intervención.

Según nuestro criterio, las exploraciones, controles, pruebas y profesionales intervenientes, actúan según conocimientos y medios médicos actuales, cumplen requisitos de adecuada praxis médica».

4. Dictado Acuerdo Probatorio, se practicaron las testificales propuestas y se acordó el preceptivo trámite de audiencia, al que finalmente no comparecieron los reclamantes.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero, 341/2019, de 3 de octubre y 442/2019, de 28 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia

debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

2. Por otra parte, este Consejo, en relación con la carga probatoria, viene manteniendo nuestra reiterada doctrina conforme a la cual *«Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio), según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)»* (DCC 328/2020, de 10 de septiembre).

3. En el presente caso, este Consejo, para poder entrar en el fondo del asunto, de acuerdo con la doctrina expuesta, entiende necesario que los servicios técnicos sanitarios de la Administración, que tiene el deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos por disponer de más medios y tener más facilidad para practicarlas, debe pronunciarse sobre lo siguiente:

En el informe del SIP, en el aparato 6 de los antecedentes, se describe la intervención: *«Se realiza abordaje por línea media a través del lipoma, se localizan láminas de L2 y L3 y se realiza laminectomía de ambas hasta localizar duramadre sana. Bajo técnica microquirúrgica se abre duramadre por línea media y se visualiza defecto dural con entrada de lipoma»*. A continuación, se puede leer: *«Se disecan raíces, dañándose S1 izq. Se logra resecar casi totalmente lipoma, dejando un resto del cual dependía varias raíces. Cierre dural con seda, se sella el defecto mediante duragen, duraseal y grasa»*.

Cierre de partes blandas con varios planos. Drenaje lumbar externo».

Sin embargo, en el resto del Informe, ni en la Propuesta de Resolución se vuelve a tratar el tema.

Este Consejo requiere, para poder pronunciarse adecuadamente sobre la relación causal entre la atención médica recibida por el menor y el daño por el que se reclama, que se le informe complementariamente por el SIP, previos los informes de los servicios médicos que procedan, acerca de lo siguiente:

- Si es habitual que en operaciones de ese tipo se dañen las vértebras que se intervienen.
- Si tuvo alguna consecuencia que se dañase la S1 izq.
- Si no se hubiese dañado la S1 izq., ¿el bebé hubiera tenido las secuelas que se le diagnosticaron después de la intervención quirúrgica?

Una vez emitidos los informes complementarios requeridos se ha de proseguir con la tramitación del procedimiento administrativo, esto es, dando nuevo trámite de audiencia a los interesados; remitiendo, en última instancia, a este Consejo Consultivo, para dictaminar sobre el fondo del asunto, la Propuesta de Resolución que se formule a la vista tanto de los informes complementarios emitidos que se requieren como de las alegaciones que, en su caso, formulen los interesados.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública, no es conforme a Derecho, ya que se requieren informes complementarios sobre determinados extremos, así como seguir las actuaciones de acuerdo con lo razonado en el Fundamento III de este Dictamen.