Expediente: 24/2022

Objeto: Responsabilidad patrimonial derivada del

funcionamiento de los servicios sanitarios. **Dictamen:** 27/2022, de 19 de septiembre

DICTAMEN

En Pamplona, a 19 de septiembre de 2022,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza Presidente, don Hugo López López, Consejero-Secretario, doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente don Alfredo Irujo Andueza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1a. Consulta

El día 26 de julio de 2022 tuvo entrada en este Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (en lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don... y doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida por su hija... tras su nacimiento.

La solicitud de dictamen se acompaña del expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación, incluyendo propuesta de resolución del Director General del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea desestimatoria de la misma.

1.2^a. La reclamación de responsabilidad patrimonial formulada

El 24 de julio de 2020, don... y doña..., formulan ante el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, reclamación de responsabilidad patrimonial en solicitud de que se les indemnice en la cantidad de 464.000 €, más 6.000 euros anuales para rehabilitación domiciliaria, y la cantidad que por prótesis, ortesis y similares pudieran precisarse, como consecuencia de la mala atención sanitaria prestada a la reclamante durante el nacimiento de su hija...

La reclamación indica que... nació, sana y en un parto normal, a las 6:54 horas del sábado 25 de mayo de 2019 en el ..., pero durante toda la noche de ese sábado y durante el domingo 26, la pequeña se agitaba con dolor y estaba en un llanto, con fiebre que llegó hasta los 38,9º, no constando a los padres haber recibido la visita de la especialista de pediatría o neonatología. El ingreso de... en la unidad de neonatología se decide a las 43 horas del parto, en torno a la 1:54 horas del lunes día 27. Unos minutos antes la cabeza de la recién nacida queda rígidamente en una postura, provocando sensación de alarma. Parece ser que es entonces cuando aparece el facultativo de pediatría que decide su inmediato ingreso en la unidad de neonatología. Allí se realizan los procedimientos establecidos: monocultivo, análisis de sangre, frotis en los que se aísla «klebsiella aerogenes» y se inicia tratamiento con buena respuesta. En algún momento precisado se realizan pruebas diagnósticas: punción lumbar, electroencefalograma y ecografía transfontanelar, audio otometría y ecocardiografía pediátrica, con resultando normal. La niña es dada de alta el 10 de junio de 2019.

No consta que durante su ingreso en Neonatología –sigue la reclamación- «se le hubiera practicado TAC cerebral... prueba que parece razonable para descartar un evento de infarto que, sin embargo ha acaecido aun cuando no pueda determinarse la fecha».

Posteriormente al alta... hubo de ser atendida al menos en dos ocasiones (25 de junio y 26 de julio de 2019) por el servicio de urgencias de pediatría por episodios reiterados de atragantamiento y vómito que fueron

diagnosticados como reflujo gastroesofágico o vómitos sin especificar. Además hubo múltiples consultas en la pediatra por la misma razón.

... padece por el momento, continúa la reclamación, secuelas consistentes en «Parálisis cerebral infantil. Hemiparesia derecha. Infarto de arteria cerebral media izquierda. Atrofia a nivel de tronco del cuerpo calloso y área de encefalomalacia en territorio ACM izquierda, (gliosis en T2) infarto de arteria cerebral media izquierda que tiene como antecedente sepsismeningitis precoz».

Se añade que por Resolución 1182/2020, de 18 de febrero, de la Directora de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las personas, se le reconoció el derecho al acceso al Servicio de Atención Temprana en la modalidad de intervención directa, que ha comunicado a los reclamantes que procede a la iniciación de un expediente para la valoración de..., a fin de plantear el posible reconocimiento de una discapacidad o grado de dependencia.

Por lo que se refiere a la fundamentación jurídica, la reclamación, con cita de la regulación contenida sobre responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el artículo 106.2 de la Constitución y en el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), considera que se dan en el presente caso los requisitos exigibles de la existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado. Se trata a su juicio de secuelas graves que afectan a la movilidad del brazo y mano rectora de una recién nacida y que previsiblemente le van a acompañar toda la vida.

Se estima que la praxis del servicio prestado es defectuosa, dado que «no actúa tempranamente para descartar una infección postparto, pese a existir indicios suficientes (llanto quejumbroso que no se aquieta, temperatura elevada) no hacía descartable la existencia de una sepsis».

Se considera que «la niña no fue valorada por personal médico capacitado, o y de hecho no se pauta ningún tratamiento diagnóstico ni terapéutico hasta que no aparece el alarmante signo de rigidez en nuca,

momento en el que se puede entender que la infección ha alcanzado ya el sistema nervioso y puede producir los daños que desgraciadamente, se constatan posteriormente».

A su juicio, «la existencia de infracción de las normas profesionales destinadas al diagnóstico y tratamiento de infecciones perinatales deriva automáticamente en responsabilidad patrimonial toda vez que está fuera de discusión que las secuelas que afectan a... son secundarias a dicha sepsis».

Entienden los reclamantes que «el tratamiento médico dispensado a... entre la noche del sábado 25 y la madrugada del lunes 27 no respondió al estándar de una correcta praxis sanitaria, pues impidió el diagnóstico más temprano posible», privando a la niña de la oportunidad de recibir un tratamiento adecuado a tiempo y dio lugar a las lesiones resultantes. Esa inadecuada praxis médica tiene relación de causalidad con las secuelas de la menor, que suponen un grado importante de discapacidad que requerirá la atención especial y continua de los padres, impidiendo a la menor el pleno disfrute de su vida y le dificultará y limitará su desarrollo y opciones vitales.

La reclamación cuantifica el montante indemnizatorio de la siguiente forma: Por daños morales de la menor, 300.000 euros; por las secuelas estéticas, 40.000 euros; para la rehabilitación domiciliaria y ambulatoria que pueda precisar y no pueda prestarse dentro del sistema navarro de salud, 6.000 euros anuales; por las prótesis y ortesis que pueda requerir en lo que suponga superar los límites de la cartera de servicios y prestaciones del Servicio Navarro de Salud, lo que resulte debidamente justificado; por el incremento de los costes de movilidad, 24.000 euros; por daños morales y patrimoniales para cada uno de los padres, 50.000 euros, sin perjuicio de reclamar cualesquiera secuelas y complicaciones de toda índole.

I.3^a. Iniciación e instrucción del expediente

Mediante Resolución 27/2020, de 10 de septiembre, de la Jefa del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó admitir a trámite la reclamación, nombrar instructora del procedimiento, informar a los interesados de los efectos que se pueden

derivar de su reclamación con respecto al acceso a los datos de su historia clínica, informar del plazo máximo para notificar la resolución del procedimiento y de los efectos del silencio administrativo, a la vez que traslada la citada resolución a la instructora y a los interesados.

Por parte de la instructora se solicitó la aportación de la historia clínica en relación con los hechos que motivan la reclamación y la emisión de informe por la Jefa del Servicio de Pediatría del ...

Historia clínica

Señalaremos los datos más relevantes de la historia clínica en relación con la presente reclamación.

El nacimiento de... se produjo el día 25 de mayo de 2019 a las 6:45 horas mediante parto eutócico, presentando como único factor de riesgo infeccioso un tiempo de bolsa rota de 23 horas, cubierta con ampicilina y gentamicina. Durante el día 26 aparecen las siguientes anotaciones de interés de la planta maternal:

12:38 h: «pasa buena mañana». «tomo tº y bien». «peso y baño». «hace su primera micción en planta». «succiona bien».

14:36 h: «Su madre pide ayuda para la toma. La m se encuentra bastante irritada, refiere haberle dado una toma muy larga pero parece que sigue buscando». «Impresiona que no succiona bien, se intenta poner en postura de caballito y parece que la succión mejora».

17:46 h: «Se corrige agarre y succiona bien». «Se complementa toma por petición de la madre».

18:10 h: «Sin incidencias, Bien».

1:06 h Noche: «Refieren los padres que sobre las 21h ha tenido 38.2° C (no lo veo registrado) y que le han pasado complemento por sensación de deshidratación». «Se le vuelve a tomar T^a a las 22 h (37.1°C) y a las 23:30 h (37°C)». «Muy irritable, llora mucho y no se calma. No succiona». «Se

vuelve a tomar T^a a las 00:45 de 38.9° C». «Aviso a pediatría y deciden ingreso en neonatología para valorar y descartar infección».

1:10 h Noche: «tomo temperatura». «llanto muy irritativo, aviso matrona». «ingresan en neonatos».

Durante la estancia en la planta de maternidad aparecen las siguientes anotaciones de temperatura: Durante el día 25, desde las 9:25 y hasta las 23 horas: 36,7, 36,5, 37,2 y 37. Durante el día 26: 37,5 (a las 9 horas), 36,8 (a las 12 horas) y 37,1, a las 23:30 horas). El día 27, a las 0:43 horas, 38,9.

Según consta en el informe del Servicio de Neonatología fechado el 10 de junio de 2019, ... ingresa en Neonatología a las 43 horas de vida por sospecha de sepsis. «Refieren desde hoy irritabilidad y varios picos febriles por la tarde de hasta 38.9°C axiliar. Como factores de riesgo infecciosos presenta bolsa rota de 23 horas con antibioterapia materna con ampicilina y gentamicina (1 dosis), SGB negativo». Ingresa para vigilancia clínica, tratamiento y monitorización. «Ingresa a las 43 hdv por sospecha de sepsis precoz... A su ingreso se extraen frotis periféricos, hemocultivo, se realiza punción lumbar que muestra citoquímica alterada (60 leucocitos en LCR, resto normal) y se envía cultivo de LCR, previo a inicio de antibioterapia con Cefotaxima y Ampicilina a dosis meníngeas. Evolución favorable, con mejoría clínica y normalización de los reactantes de fase aguda. El resultado del hemocultivo y cultivo de LCR es negativo. El los frotis periféricos se aísla en el frotis rectal Klebsiella aerogenes, informado como posible contaminante, resto de frotis periféricos negativos. Dados los resultados de ditoquímica en LCR se continúa antibioterapia a dosis meníngeas hasta completar 14 días». Desde el punto de vista neurológico destaca el informe «Al ingreso irritabilidad marcada a la manipulación pero en reposo algo hipoactiva y dormida, progresivamente mejor, normalizándose la exploración neurológica a los 3 días de vida. Como parte del estudio de las desaturaciones iniciales se realiza durante el ingreso electroencefalograma y ecografía trasfontanelar que son normales». Permanece ingresada 14 días en los cuales presenta una evolución favorable por lo que es dada de alta a domicilio.

Como diagnóstico principal se señala: «Sepsis-meningitis neonatal precoz», recomendándose acudir a las consultas de Neonatología y Cardiología infantil cuando se le comunique, así como a realizar una ecografía el día 17 de julio.

Consta en los correspondientes informes clínicos de urgencias que los días 13 de junio, 25 de junio y 26 de julio, acude al Servicio de Urgencias de Pediatría, primero por «irritabilidad/nerviosismo», permaneciendo en observación durante once horas, en las cuales se mantiene estable, sin irritabilidad ni fiebre; en segundo lugar por «vómitos», diagnosticándose «reflujo esofágico»; y, finalmente, por «vómitos», aunque «ante la ausencia de signos de alarma y el BEG con exploración normal, se decide alta a domicilio con medidas de vigilancia».

El 30 de agosto de 2019, acude a revisión al Servicio de Neonatología, donde «dada la buena evolución es dada de alta en esta consulta».

Según consta en el informe del Servicio de Pediatría de 27 de febrero de 2020, el 30 de enero de 2020... acude a consulta, siendo diagnosticada de «Parálisis cerebral infantil», «Hemiparesia derecha», «Infarto de arteria cerebral media izquierda» con «Antecedente de sepsis-meningitis precoz». En la exploración física se detecta «menor movimiento de extremidades derechas». «Capaz de coger objeto pequeño con mano izquierda, y pinza distal. Pinza proximal y torpe derecha». Se da cuenta del «RM cerebral (24/02/2020): Sin alteraciones en las estructuras de la fosa posterior. Adelgazamiento del cuerpo calloso a nivel del tronco compatible con atrofia. En región frontal posterior y parietal en el lado izquierdo existe un área de pérdida de sustancia, surcos prominentes, alteración de señal hiperintensa en T2 por gliosis, hallazgos en relación con encéfalo malacia que provoca una moderada dilatación ex vacuo del asta occipital de ese lado. El resto del parénquima cerebral presenta un patrón incompleto de mielinización acorde con la edad. Línea media bien centrada. Conclusión: Atrofia a nivel del tronco del cuerpo calloso y área de encefalomalacia en territorio de ACM izquierda».

Como plan de tratamiento se establece el «seguimiento por rehabilitación» y la «estimulación por parte de Atención Temprana como viene realizando».

Informe del Servicio de Pediatría

El informe suscrito por la Jefa del Servicio de Pediatría del ..., doctora..., el 21 de octubre de 2020 recoge lo siguiente:

«La niña..., tal y como se refleja en el expediente remitido, ingresó en la Unidad Neonatal del... desde la planta de maternidad por fiebre de reciente aparición en la madrugada del 27/05/2019.

A las pocas horas de nacer, en la mañana del día 25/05/2019, fue valorada por el pediatra de la planta de maternidad, sin evidenciarse alteraciones clínicas, con exploración física completamente normal. No presentó fiebre durante su estancia en dicha planta hasta el día 27/05/2019 a las 0:43 h, como consta en los registros de enfermería. Durante ese tiempo se le proporcionaron los cuidados y controles habituales de todo recién nacido sano. De haberse constatado que la recién nacida no estaba bien, habría sido valorada de nuevo por el pediatra.

En el momento en que se detecta que la niña tiene fiebre se avisa al pediatra de guardia y tras ser valorada ingresa en la Unidad Neonatal con la sospecha de infección. Al ingreso se hacen los estudios habituales protocolizados, y tras la recogida de cultivos y realización de punción lumbar se inicia la antibioterapia endovenosa de manera empírica. Además, se da soporte clínico que precisaba la niña sin retrasos terapéuticos. Cuando existe una sospecha de infección en un recién nacido, se actúa con diligencia por el riesgo que supone para el mismo. En la ficha de ingreso de..., está registrada esta actuación clínica a las 1:16 horas del día 27 de mayo, a los 30 minutos de haber sido detectada la fiebre.

La rigidez de nuca no es un signo de sospecha de meningitis en los recién nacidos ya que los huesos craneales no están soldados dejando la fontanela anterior abierta y permitiendo el aumento de la presión intracraneal, lo que no se produce en los niños más mayores con los huesos craneales ya fusionados. Al palpar la fontanela en el recién nacido, si está abombada, puede indicar un aumento de la presión intracraneal por una meningitis u otra causa. En esta paciente no existía rigidez de nuca y la palpación de la fontanela fue normal.

Los datos clínicos y analíticos al ingreso sugieren el diagnóstico de sepsis-meningitis, iniciándose el tratamiento a continuación. En ningún

momento presenta convulsiones o déficit neurológico que hicieran sospechar un infarto cerebral perinatal. Con el tratamiento mejora rápidamente, normalizándose su estado general en tres días, como suele ser habitual en los cuadros de sepsis-meningitis que evolucionan bien. A pesar de que los cultivos de sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron negativos, se mantuvo el tratamiento durante 14 días, por la clínica inicial y la alteración celular del LCR para evitar complicaciones, ya que en ocasiones los cultivos pueden ser negativos, pero la clínica y la alteración analítica y del LCR hacía sospechar una sepsis-meningitis. Las alteraciones celulares del LCR no incluían la presencia de hematíes que sí se pueden encontrar en algunos casos de eventos vasculares cerebrales. La detección de estreptotocco grupo B en la madre fue negativo, las meningitis por este germen tienen más riesgo de infarto cerebral.

Cuando el cuadro clínico debuta antes de las 72 horas de vida, orienta a una sepsis de origen vertical, que se produce cuando el germen causante pasa de la madre al feto antes de nacer. En ocasiones, la madre puede no tener ninguna sintomatología, pero el recién nacido que es un inmunodeprimido ya que sus defensas no están maduras, padece la infección. De ahí que en planta maternal se controla, entre otros datos, la temperatura de los recién nacidos.

Durante el ingreso se realizaron pruebas complementarias para descartar otras posibles patologías que pudieran estar relacionadas con la clínica que presentaba la niña (ecocardiografía, ecografía cerebral, EEG, audiometría por potenciales evocados auditivos) que resultaron todas normales.

No está indicado realizar un TC a un recién nacido con esta patología, por la alta radiación que conlleva, salvo que exista una mala evolución o una clínica compatible con otras patologías acompañantes a la meningitis, que son circunstancias que no concurrían en esta paciente.

Sí está indicado, ante estos cuadros infecciosos, realizar una ecografía cerebral para descartar la existencia de determinados cuadros clínicos. Con la ecografía cerebral se detectan la mayoría de las patologías y problemas asociados. En caso de encontrar alteraciones, cuando está indicado, se completa el estudio con la realización de una resonancia cerebral que no irradia el cerebro tan vulnerable del recién nacido. Pero tampoco se consideró necesaria ya que la ecografía y EEG eran normales. Para realizar una RNM cerebral se necesita un tiempo prolongado y que el paciente esté muy quieto, por lo que hay que anestesiar al recién nacido y ello conlleva también riesgos asociados que hay que ponderar.

En los días que permaneció en la Unidad Neonatal se informó exhaustivamente a la familia de la evolución de la paciente, de su

diagnóstico, de la gravedad y de los riesgos que más frecuentemente se asocian a esta patología. Lo habitual es informar de la situación con la mayor veracidad según los datos que disponemos. Procuramos informar desde el cariño y respeto que se merece el paciente y su familia, y basándonos en los hallazgos clínicos y en las pruebas complementarias.

Tras el alta de la Unidad Neonatal la niña se controló en consulta de Seguimiento de Neonatología, a los 3 meses de vida. Ante la normalidad de la clínica y la exploración física, sin detectar alteraciones, salvo un reflujo gastroesofágico, que había mejorado con el tratamiento con omeprazol, es dada de alta de esta consulta siendo remitida a control por su pediatra.

Hacia los 6 meses de vida la niña comienza con un déficit motor que tras valoración por su pediatra se remite a Neuropediatría. Se realiza estudio de RNM y las lesiones encontradas podrían corresponder con secuelas de haber sufrido un infarto en periodo perinatal».

Informe médico Pericial por...

Con fecha de 5 de marzo de 2021 recae el informe médico pericial emitido por... y suscrito por el doctor..., miembro numerario de la Sociedad Española de Neonatología, miembro de la Asociación Española de Pediatría y de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología, doctor en Medicina por la UCM, profesor asociado del Departamento de Pediatría de la ..., médico adjunto del Hospital Universitario... e Instructor de Reanimación Neonatal. De su extenso informe se reseñan aquellas cuestiones que se consideran de mayor interés:

«La paciente... nació el 25/05/2019, 6:54h mediante parto eutócico, fruto de una gestación controlada sin antecedentes de interés. Presentaba como único factor de riesgo infeccioso un tiempo de bolsa rota de 23h (cubierta con antibioterapia empírica, ampicilina y gentamicina). Nació a término... y con un peso de 4040g...

Ese mismo día, por la mañana, es valorada por pediatría que no observa alteraciones en la exploración física. Durante el día 26/05/2019 se anotan en las evoluciones de maternidad, la presencia de temperatura normal y dificultad con el enganche... que se corrige posteriormente.

Durante su estancia en maternidad no se anota la presencia de fiebre hasta la nota... elaborada a las 1:06 del 27/05/2019, según la cual, los padres refieren temperatura de 38.2°C a las 21h (aunque no está

registrado), con temperaturas posteriores (22h: 37.1°C; y 23:30h de 37°C) normales... A las 00:43h del 27/05/2019 se objetiva temperatura de 38.9°C, motivo por el que se avisa al Pediatra que decide el ingreso.

A las 43h de vida ingresa procedente de maternidad por sospecha de sepsis, presentando irritabilidad y picos febriles de pocas horas de evolución, máximo 38.9°C.

En la exploración física al ingreso se observa temperatura 38.1°C, TA 67/35 (47) normal, con "regular estado general por irritabilidad... coloración terrosa... no distrés... irritabilidad llamativa, que no calma ni en brazos ni con leche". A su ingreso se extraen cultivos y se realiza punción lumbar [60Lc en líquido cefalorraquídeo (LCR)], iniciando antibioterapia empírica con Ampicilina y Cefotaxima a dosis meníngeas. Se obtiene negatividad en el hemocultivo y en el cultiva LCR, obteniendo aislamiento de Klebsiella aerogenes (informado como posible contaminante) en frotis rectal de forma aislada (resto de frotis negativos). A pesar de negatividad del cultivo de LCR se mantiene antibioterapia a dosis meníngeas durante 14 días.

En cuanto al resto de su evolución... Desde el punto de vista neurológico, al ingreso presenta irritabilidad marcada con la manipulación, si bien se observa mejoría neurológica a los 3 días de vida. Se realiza electroencefalograma y ecografía transfontanelar que resultan normales.

Finalmente, y ante la buena evolución, con el diagnóstico de sepsismeningitis neonatal precoz, se da el alta el 10/06/2019 citando para seguimiento en consultas de Neonatología y Cardiología.

A los 19 días de vida (13/06/2019) acuden a Urgencias por cuadro de llanto inconsolable. Se realiza exploración física (normal) y control analítico (normal), permaneciendo ingresada en observación durante 11h con diagnóstico al alta de irritabilidad.

Al mes de vida, el 25/06/2019 acude a urgencias por episodios de regurgitación y vómitos proyectivos, alimenticios, de 2 días de evolución. Se realiza exploración física (normal) y con el diagnóstico de reflujo gastroesofágico y vómitos se decide alta con información de signos de alarma para vigilancia en domicilio.

Un mes más tarde, el 26/07/2019, acuden nuevamente a Urgencias por dos vómitos de 1.5h de evolución, presentando exploración normal, siendo diagnosticada de vómitos y pautando observación y recomendaciones en domicilio.

El 30/08/2019 acuden a consultas de neonatología para valorar evolución, observando a nivel neurológico absoluta normalidad (buen tono, no asimetrías, sonrisa social, desarrollo psicomotor acorde a su edad). Ante la buena evolución se decide alta en consultas neonatales.

Según anotación de consultas externas del 27/02/2020, con 8.5 meses de edad, se transcriben los resultados de pruebas complementarias realizadas... Es valorada por menor movilidad de extremidades derechas siendo remitido por su Pediatra. Se aporta resultado de RM cerebral del 24/02/2020 donde se observa atrofia a nivel del tronco del cuerpo calloso y área de encefalomalacia en territorio del art cerebral media izquierda. Finalmente, se establecen los diagnósticos de parálisis cerebral infantil, hemiparesia derecha, infarto de arteria cerebral media izquierda y antecedente de sepsis-meningitis precoz. Se pauta tratamiento rehabilitador y de atención temprana».

Para determinar si la valoración de la menor se realizó tardíamente por parte del Pediatra durante el periodo neonatal precoz y si ello fue motivo de la evolución y posibles secuelas que presenta en la actualidad, realiza el informe pericial una serie de consideraciones médicas acerca de la sepsis neonatal, que es una situación clínica derivada de la invasión del torrente sanguíneo de bacterias/hongos/virus, que se manifiesta en los primeros 28 días de vida. Puede diferenciarse entre la sepsis de origen vertical (relacionado con los gérmenes propios del canal del parto, que suelen debutar en las primeras setenta y dos horas de vida), y la sepsis de origen nosocomial (relacionada con los gérmenes propios del centro hospitalario y que suelen debutar más allá de las setenta y dos horas de vida). «En el caso de sospecha de infección vertical, se suele iniciar tratamiento con ampicilina y gentamicina/cefotaxima».

Con relación a la meningitis precisa el dictamen pericial que «es un proceso inflamatorio agudo del sistema nervioso central» y en neonatos el cuadro clínico es similar al de la sepsis. «En cuanto al tratamiento, las medidas generales consisten en iniciar el tratamiento precozmente tras la recogida de cultivos, monitorizar constantes y aplicar medidas de reducción de la hipertensión intracraneal (analgesia, cabecero elevado). El tratamiento antibiótico suele iniciarse de forma empírica, cubriendo los gérmenes más frecuentes hasta resultado de cultivos. Así el tratamiento empírico en niños menores de tres meses, será cefotaxima+ampicilina. Una vez conocido en germen, se debe tratar de forma específica».

El infarto cerebral neonatal «se define como el síndrome neurológico con secuelas crónicas debido a daño cerebral de origen vascular, el cual

tiene lugar entre las 20s de gestación y los 28 días de vida postnatal. Este proceso incluye lesiones cerebrales de origen isquémico arterial, trombosis de venas cerebrales y hemorragias primarias intracraneales». En cuanto a los eventos isquémicos a nivel arterial, «pueden ser debidos a fenómenos embólicos, malformaciones en la vascularización cerebral, trombosis secundaria o a alteraciones de la hemostasia». Las manifestaciones clínicas más frecuentes son «convulsiones (48-88%), nivel de conciencia disminuido y alteración del tono. También pueden aparecer datos de hemiparesia o del patrón respiratorio o alteraciones en la ingesta». Ante la sospecha de infarto cerebral neonatal, «el procedimiento diagnóstico es similar al de las convulsiones neonatales: de (ecografía RMN estudio imagen V principalmente), estudio de hipercoagulabilidad, etc. La realización de un electroencefalograma mostrará además asimetrías en la función cerebral».

Ya con referencia a la práctica médica realizada, señala el dictamen pericial lo siguiente:

«La paciente... nació el 25/05/2016 fruto de una gestación sin complicaciones y sin antecedentes de interés. Como único factor de riesgo infeccioso, presentaba el antecedente de un tiempo de bolsa rota superior a 18h, pero con adecuada profilaxis antibiótica materna. Por tanto, el riesgo de que padeciese una infección era muy remoto (ni era prematura, ni la madre era portadora de SGB, y además estaba correctamente cubierta con antibióticos).

Sin embargo, durante su estancia en la maternidad, todo recién nacido debe ser valorado en al menos una ocasión por un pediatra, con el fin de determinar si existe alguna anomalía en la exploración o en el comportamiento del recién nacido, independientemente de que existan factores de riesgo para infección o para cualquier patología. Según se observa en las anotaciones, la primera valoración pediátrica fue llevaba a cabo ese mismo día, horas después del nacimiento. Por tanto se actuó según *lex artis ad hoc*.

Durante su estancia en maternidad, los neonatos además son valorados por personal de enfermería y auxiliares de enfermería, valorando la alimentación, presencia de micciones y deposición, así como determinando la temperatura de forma periódica.

La presencia de febrícula e incluso fiebre durante la estancia en maternidad es muy frecuente y obedece a diversos factores: deshidratación, sobrearropamiento o infección, entre otros. En el caso de que el paciente presente buen estado general, tras una primera

valoración por parte de enfermería, si la febrícula/fiebre cede con medidas físicas (desarropando) de forma rutinaria no se avisa al pediatra, pues no es necesario. Sin embargo, si el paciente no presenta un adecuado estado general o si la febrícula/fiebre no cede, debe ser valorado por el Pediatra que determina la posible causa de la misma (valorará el estado de hidratación, así como el estado general del menor).

En este caso se observa cómo tras observar la presencia de fiebre en la maternidad, se avisa a la pediatra, la cual, tras valorar al recién nacido, decide el ingreso por la presencia de irritabilidad y un regular estado general. Por tanto, no es cierto (tal y como se establece en la demanda) que exista una demora por parte de la pediatra en su asistencia a la menor.

En relación con el ingreso, ante un neonato con regular estado general, fiebre e irritabilidad, deberemos descartar principalmente un proceso Dado que este tipo de pacientes adecuadamente las infecciones y existe el riesgo de afectación meníngea, es preciso realizar una punción lumbar si el paciente se encuentra estable, así como recogida de cultivos (los más relevantes sería de sangre y de LCR). Observamos cómo se procedió de forma correcta, obteniendo en el LCR una discreta leucocitosis. Es cierto que habitualmente las meningitis suelen cursar con cifras más elevadas de Lc en el LCR, sin embargo, dada la clínica compatible con afectación meníngea (irritabilidad) y la discreta leucocitosis en el LCR, de forma acertada se optó por iniciar antibioterapia para cubrir esta posibilidad. Según se establece en diversos protocolos de la Sociedad Española de Neonatología y la de Infectología Pediátrica, una vez obtenido un germen en concreto y su sensibilidad, se debe modificar el tratamiento antibiótico de acuerdo al antibiograma. Sin embargo, no siempre los cultivos (tanto el de sangre como el del LCR) ofrecen el resultado confirmatorio de un germen en concreto, en cuyo caso, se debe mantener el antibiótico empírico hasta finalizar el mismo.

En relación con este caso en concreto, observamos cómo se inició el tratamiento antibiótico empírico de elección (cefotaxima y ampicilina) y cómo se decidió, acertadamente, mantenerlo durante 14 días ante la negatividad de los cultivos de sangre y del LCR).

En relación con el germen aislado en tan sólo uno de los exudados extraídos en el recién nacido, cabe decir que tal germen (*Klebsiella aerogenes*) no es causante de sepsis ni meningitis durante el período neonatal en nuestro medio y que el hecho de que se encuentre tan sólo en uno de los exudados, y no en el resto de los exudados ni en los cultivos de sangre ni de LCR, no nos confirma (como se quiere hacer

entender en la demanda) que la infección en el recién nacido fuera ocasionada por este microorganismo.

En cuanto a lo establecido en la demanda en relación con la no realización de un TAC durante su ingreso en el período neonatal. Durante su estancia en la unidad neonatal el paciente presentó un cuadro clínico de sepsis-meningitis, con episodios de irritabilidad que se explican perfectamente por el proceso infeccioso y que, bajo ningún concepto, sugerían crisis comiciales. No obstante, se actuó con gran cautela y se observa que se ofrecieron todos los medios disponibles para valorar la posible afectación cerebral. De hecho, se realizó un electroencefalograma y una ecografía, siendo ambas pruebas normales. En las meningitis, sobre todo en aquellas donde se observa una buena evolución, no es preciso realizar ningún control de imagen (ni ecográfico de ningún otro tipo) Por tanto, no era preciso realizar una ecografía (que no obstante se realizó dado que no supone ningún riesgo para el menor), y menos aún, un TAC. Este tipo de prueba de imagen (TAC) estaría indicado únicamente si sospechamos un proceso hemorrágico agudo y, como observamos, en ningún momento sugería dicho evento.

En relación con los eventos isquémicos cerebrales durante el periodo neonatal, estos suelen ocurrir en pacientes con factores de riesgo (suyo o de sus familiares) tales como: fenómenos autoinmunes procoagulantes, preeclampsia, diabetes, abruptio, corioamnionitis o transfusión feto-fetal, entre otros. Ninguno de ellos presentes en este caso. Además, las manifestaciones clínicas más frecuentes son convulsiones, nivel de conciencia, disminuido y alteración en el tono (fenómenos que son comunes también a las meningitis). Así pues, la menor no presentaba factores de riesgo para un evento isquémico ni tampoco tuvo una expresividad clínica típica de este tipo de anomalías, A ello se añade que la ecografía, en muchas ocasiones, es capaz de visualizar alteraciones en el caso de un evento isquémico y, en este caso, no se apreciaron. Y finalmente, un electroencefalograma mostrará asimetrías en la función cerebral entre un hemisferio y otro como consecuencia de la isquemia, hecho que, en este caso, tampoco ocurrió. Por tanto, no podemos establecer si el evento isquémico objetivado en la RMN realizada sobre los 8 meses de vida, motivado por una alteración en la movilidad de la menor, tuvo su origen en algún evento ocurrido durante su ingreso en el periodo neonatal o bien, más adelante durante el periodo lactante (más probable, dada la normalidad de las exploraciones ulteriores en diversas consultas).

En la demanda, también se establece que, tras el alta, no se dio ningún tipo de pauta o recomendación. Esto no es cierto, dado que se mantuvo seguimiento de la menor tanto en consultas de cardiología como, más importante, de Neonatología.

Así, a los 3 meses de edad fue valorada en dichas consultas donde se objetivó una exploración neurológica normal. Por tanto, no estaba indicada una pauta de rehabilitación ni de atención temprana. Estas pautas, de forma correcta, se establecen de forma inmediata una vez que se objetiva la presencia de una alteración neurológica».

Como conclusiones generales determina el dictamen:

- «1.- La menor... nació a término fruto de una gestación controlada y sin patología reseñable.
- 2.- En el momento del nacimiento presentaba como único factor de riesgo infeccioso un tiempo de bolsa rota prolongado, con cobertura antibiótica adecuada. Por tanto, el riesgo de infección era muy bajo.
- 3.- Durante su estancia en maternidad es correctamente valorada por la Pediatra, así como por el personal sanitario que atiende a ambas, madre e hija. No se observa demora en la asistencia.
- 4.- La menor presentó un cuadro clínico compatible con sepsismeningitis, sin obtener el germen causante de dicho proceso infeccioso. No obstante, fue correctamente tratada.
- 5.- Durante su estancia en la unidad neonatal no estaba indicada la realización de un TAC.
- 6.- En una RMN realizada sobre los 8 meses de edad, se observan datos compatibles con un fenómeno isquémico. Sin embargo, es imposible datar el momento concreto en el que tuvo lugar dicho evento, no pudiendo objetivar que fuera durante el período neonatal: no tenía factores de riesgo para ello, presentaba una ecografía y un electroencefalograma normales, y finalmente, una exploración neurológica normal en valoración de consulta neonatal a los 3 meses de edad».

Y, como conclusión final, que «La atención llevada a cabo en la paciente... se ajusta a la *lex artis* en relación con la atención dispensada por el Servicio Navarro de Salud (...). No existe acción u omisión culposa».

I.4^a. Trámite de audiencia

El 17 de mayo de 2021 la instructora del expediente acuerda la remisión a los reclamantes de las actuaciones practicadas en la fase de instrucción (historia clínica, informe médico y documentación emitida por la Jefa del Servicio de Pediatría y dictamen pericial de la asesoría médica...) y la apertura del trámite de audiencia para que los interesados puedan

formular las alegaciones que consideren oportunas y aportar los documentos que consideren en defensa de sus derechos e intereses.

El 10 de junio de 2021, el letrado representante de los reclamantes presenta escrito de alegaciones en el que manifiesta que existen indicios de que la menor no estaba bien entre las 12 del día 26 y las 0:46 horas del día siguiente, no reaccionándose hasta después de esta hora para decidir el inmediato traslado a Neonatología, existiendo a su juicio un claro fallo del sistema y un claro fallo del personal y no recibiendo los padres indicación de que... podía haber sufrido o podía sufrir un infarto o accidente isquémico cerebral. A su juicio, no existe duda de que el evento producido tiene una relación causal con el infarto posterior y solo se advierte el daño cuando la niña presenta una hemiparesia derecha clara. Termina solicitando un nuevo informe del Servicio de Neurología Pediátrica sobre la evolución de las lesiones y la atención prestada.

1.5^a. Propuesta de resolución de la Administración

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, propone la desestimación de la reclamación.

Tras relatar los antecedentes de hecho que considera de interés y describir el marco jurídico normativo regulador de la responsabilidad de la Administración, considera que se exige que se produzca un daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, la imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado. La prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama, mientras que la del correcto funcionamiento del servicio corresponde a la Administración. A ello debe añadirse que sólo si existe infracción de la *lex artis ad hoc* habrá de responder la Administración, no pudiendo ser imputados a esta los daños en los casos en que no se infrinja tal *lex artis*, no resultando por tanto el daño antijurídico.

La propuesta de resolución entiende que los reclamantes atribuyen las complicaciones padecidas por la recién nacida al hecho de no haber actuado

con mayor premura y diligencia por parte del personal de planta de Maternidad y del Servicio de Pediatría. «Sobre la atención sanitaria y las actuaciones llevadas a cabo con la recién nacida, el riesgo de que ésta padeciese una infección era muy remoto, según informa el Dr... en su informe pericial, dado que ni era prematura, ni la madre era portadora de SGB (Síndrome de Guillain-Barré) y además, estaba correctamente cubierta con antibióticos. Continúa el informe señalando que, durante su estancia en maternidad, todo recién nacido debe ser valorado en al menos una ocasión por un pediatra (además del personal de enfermería y auxiliares), con el fin de determinar si existe alguna anomalía en la exploración o en el comportamiento del recién nacido, aún incluso aunque no existan factores de riesgo para infección o para cualquier otra patología. En el presente caso, según se observa en las anotaciones, la primera valoración pediátrica fue llevada a cabo ese mismo día, horas después del nacimiento. Por tanto, en relación con este aspecto, se actuó según la *lex artis ad hoc*».

Por lo que se refiere a la presencia de febrícula durante la estancia en maternidad, tras reflejar lo señalado al respecto en el informe de... precisa la propuesta de resolución que «desde el momento en que se advierte un incremento significativo de la temperatura, inmediatamente se avisó al Servicio de Pediatría quien, tras valorar a la recién nacida, decidió el ingreso por la presencia de irritabilidad y un regular estado general. Por tanto, en contra de lo alegado por los reclamantes, no existió una demora por parte de la pediatra en su asistencia a la menor. Este extremo también es aseverado por la Jefa del Servicio de Pediatría en su informe», que señala, además, que «en el momento en que se detecta que la niña tiene fiebre se avisa al pediatra de guardia y tras ser valorada ingresa en la Unidad Neonatal con la sospecha de infección. Al ingreso se hicieron los estudios habituales protocolizados, y tras la recogida de cultivos y realización de punción lumbar se inició la antibioterapia endovenosa de manera empírica. Además, se dio el soporte clínico que precisaba la niña sin retrasos terapéuticos. «Cuando existe una sospecha de infección en un recién nacido, se actúa con diligencia por el riesgo que supone para el mismo. En la ficha de ingreso de..., está registrada esta actuación clínica a las 1:16 horas del día 27 de mayo, a los 30 minutos de haber sido detectada la fiebre».

En relación con el ingreso en la Unidad de Neonatos -sigue la propuesta de resolución- «ante un neonato con regular estado general, fiebre e irritabilidad, debe descartarse principalmente un proceso infeccioso. Así lo informa el Dr... al señalar que "Dado que este tipo de pacientes no localizan adecuadamente las infecciones y existe el riesgo de afectación meníngea, es preciso realizar una punción lumbar si el paciente se encuentra estable, así como recogida de cultivos (los más relevantes serían de sangre y de LCR). Observamos cómo se procedió de forma correcta, obteniendo en el LCR una discreta leucocitosis. Es cierto que habitualmente las meningitis suelen cursar con cifras más elevadas de Lc en el LCR, sin embargo, dada la clínica compatible con afectación meníngea (irritabilidad) y la discreta leucocitosis en el LCR, de forma acertada se optó por iniciar antibioterapia para cubrir esta posibilidad. Según se establece en diversos protocolos de la Sociedad Española de Neonatología y la de Infectología Pediátrica, una vez obtenido un germen en concreto y su sensibilidad, se debe modificar el tratamiento antibiótico de acuerdo al antibiograma. Sin embargo, no siempre los cultivos (tanto el de sangre como el del LCR) ofrecen el resultado confirmatorio de un germen en concreto, en cuyo caso, se debe mantener el antibiótico empírico hasta finalizar el mismo. En relación con este caso en concreto, observamos cómo se inició el tratamiento antibiótico empírico de elección (cefotaxima y ampicilina) y cómo se decidió acertadamente mantenerlo durante 14 días ante la negatividad de los cultivos de sangre y de LCR"».

La Jefa del Servicio de Pediatría señala –continúa la propuesta- «que los datos clínicos y analíticos al ingreso sugerían el diagnóstico de sepsismeningitis, iniciándose el tratamiento a continuación. En ningún momento presentó convulsiones o déficit neurológico que hicieran sospechar un infarto cerebral perinatal. Con el tratamiento mejoró rápidamente, normalizándose su estado general en tres días, como suele ser habitual en los cuadros de sepsis-meningitis que evolucionan bien. A pesar de que los cultivos de sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron negativos, "se mantuvo el tratamiento durante 14 días, por la clínica inicial y la alteración celular del LCR para evitar complicaciones, ya que en ocasiones los cultivos pueden ser negativos, pero la clínica y la alteración analítica y del LCR hacía

sospechar una sepsis-meningitis. Las alteraciones celulares del LCR no incluían la presencia de hematíes que sí se pueden encontrar en algunos casos de eventos vasculares cerebrales. La detección de estreptotocco grupo B en la madre fue negativo, las meningitis por este germen tienen más riesgo de infarto cerebral. Cuando el cuadro clínico debuta antes de las 72 horas de vida, orienta a una sepsis de origen vertical, que se produce cuando el germen causante pasa de la madre al feto antes de nacer. En ocasiones, la madre puede no tener ninguna sintomatología, pero el recién nacido que es un inmunodeprimido ya que sus defensas no están maduras, padece la infección"».

Durante el ingreso se realizaron, además, «pruebas complementarias para descartar otras posibles patologías que pudieran estar relacionadas con la clínica que presentaba la niña (ecocardiografía, ecografía cerebral, EEG, audiometría por potenciales evocados auditivos) que resultaron todas normales».

En cuanto a la no realización de un TAC durante el ingreso en el periodo neonatal, durante su estancia en la Unidad de Neonatos, «la recién nacida "presentó un cuadro clínico de sepsis-meningitis, con episodios de irritabilidad que se explican perfectamente por el proceso infeccioso y que, bajo ningún concepto, sugerían crisis comiciales. No obstante, se actuó con gran cautela y se observa que se ofrecieron todos los medios disponibles para valorar la posible afectación cerebral. De hecho, se realizó un electroencefalograma y una ecografía, siendo ambas pruebas normales. En las meningitis, sobre todo en aquellas donde se observa una buena evolución, no es preciso realizar ningún control de imagen (ni ecográfico ni de ningún otro tipo). Por tanto, no era preciso realizar una ecografía (que no obstante se realizó dado que no supone ningún riesgo para el menor), y menos aún, un TAC. Este tipo de prueba de imagen (TAC) estaría indicado únicamente si sospechamos un proceso hemorrágico agudo y, como observamos, en ningún momento sugería dicho evento"».

«En el mismo sentido se pronuncia la Dra... al señalar que no está indicado realizar un TAC a un recién nacido con esta patología, por la alta

radiación que conlleva, salvo que exista una mala evolución o una clínica compatible con otras patologías acompañantes a la meningitis, que son circunstancias que no concurrían en esta paciente. "Sí está indicado, ante estos cuadros infecciosos, realizar una ecografía cerebral para descartar la existencia de determinados cuadros clínicos. Con la ecografía cerebral se detectan la mayoría de las patologías y problemas asociados. En caso de encontrar alteraciones, cuando está indicado, se completa el estudio con la realización de una resonancia cerebral que no irradia el cerebro tan vulnerable del recién nacido. Pero tampoco se consideró necesaria ya que la ecografía y EEG eran normales. Para realizar una RNM cerebral se necesita un tiempo prolongado y que el paciente esté muy quieto, por lo que hay que anestesiar al recién nacido y ello conlleva también riesgos asociados".

"Todo ello justifica la no realización de resonancia magnética, así como que la atención prestada a la recién nacida, tanto en Maternidad, como por el Servicio de Pediatría y en la Unidad de Neonatos, fue adecuada y conforme a lo establecido en los protocolos pediátricos"».

También en lo referente al evento isquémico padecido por la menor se remite la propuesta de resolución al informe pericial de..., que precisa que «suelen ocurrir en pacientes con factores de riesgo (suyo o de sus familiares) tales fenómenos autoinmunes como: procoagulantes, preeclampsia, diabetes, abruptio, corioamnionitis o transfusión feto-fetal, entre otros; ninguno de ellos presentes en este caso. Además, "las manifestaciones clínicas más frecuentes son convulsiones, nivel de conciencia disminuido y alteración en el tono (fenómenos que son comunes también a las meningitis). Así pues, la menor no presentaba factores de riesgo para un evento isquémico ni tampoco tuvo una expresividad clínica típica de este tipo de anomalías. A ello se añade que la ecografía, en muchas ocasiones, es capaz de visualizar alteraciones en el caso de un evento isquémico y, en este caso, no se apreciaron. Y finalmente, un electroencefalograma mostrará asimetrías en la función cerebral entre un hemisferio y otro como consecuencia de la isquemia, hecho que, en este caso, tampoco ocurrió. Por tanto, no podemos establecer si el evento isquémico objetivado en la RMN realizada sobre los 8 meses de vida,

motivado por una alteración en la movilidad de la menor, tuvo su origen en algún evento ocurrido durante su ingreso en el periodo neonatal o bien, más adelante durante el periodo de lactante (más probable, dada la normalidad de las exploraciones ulteriores en diversas consultas)"».

Con relación a la inexistencia de pautas o recomendaciones sobre la conducta a seguir o sobre los motivos de alerta, se alega que «en todas y cada uno de los informes obrantes en historia clínica, constan recomendaciones y observaciones a llevar a cabo, a lo que cabe añadir las visitas a los Servicios de Cardiología y Neonatología, con las pautas y observaciones allí indicadas». Señala el informe pericial que "Así, a los 3 meses de edad fue valorada en dichas consultas donde se objetivó una exploración neurológica normal. Por tanto, no estaba indicada una pauta de rehabilitación ni de atención temprana. Estas pautas, de forma correcta, se establecen de forma inmediata una vez que se objetiva la presencia de una alteración neurológica"».

Se añade, finalmente, que la atención a la paciente ya ha sido analizada de manera exhaustiva en la tramitación del expediente, no resultando necesario ningún otro informe del Servicio de Neurología, y que conforme señala el doctor..., «constando una exploración neurológica normal a los tres meses de edad en consultas de Neurología, no estaba indicada una pauta de rehabilitación ni de atención temprana, sino que dichas pautas, se establecen de forma inmediata una vez objetivada la presencia de la alteración neurológica».

«Por tanto, cabe concluir que no se observa demora en la asistencia sanitaria prestada a la menor, habiendo sido correctamente tratada. Durante su estancia en la unidad neonatal no estaba indicada la realización de un TAC, habiéndose observado en la resonancia realizada sobre los 8 meses de edad, datos compatibles con un fenómeno isquémico, resultando sin embargo, imposible datar el momento concreto en el que tuvo lugar dicho evento, no pudiendo objetivarse que fuera durante el periodo neonatal, dado que no tenía factores de riesgo para ello, presentaba una ecografía y un

electroencefalograma normales, y finalmente, una exploración neurológica normal en valoración de consulta neonatal a los 3 meses de edad.

En definitiva, a la vista de todas las consideraciones expuestas en el presente informe, no se aprecia un daño que tenga la consideración de antijurídico, habiéndose actuado según se informa, conforme a la *lex artis ad hoc*. En consecuencia, no concurren en el presente caso los elementos constitutivos del instituto de la responsabilidad patrimonial, por lo que debe desestimarse la reclamación presentada y por consiguiente la solicitud de indemnización pretendida».

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1^a. Objeto y carácter preceptivo del dictamen

Don... y doña... el 24 de julio de 2020, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial frente al departamento de Salud, solicitando se indemnice en la cantidad de 464.000 €, más 6.000 euros anuales para rehabilitación domiciliaria, y la cantidad que por prótesis, ortesis y similares pudieran precisarse, por los daños sufridos por su hija..., como consecuencia de la inadecuada atención sanitaria prestada por el Servicio Navarro de Salud.

En consecuencia, nos encontramos ante un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la LFCN, el Consejo de Navarra debe ser consultado preceptivamente, entre otros, en los asuntos referentes a reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite la indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros [artículo 14.1.i)].

En consecuencia, en el presente caso, solicitándose una indemnización superior, se emite el presente dictamen con carácter de preceptivo.

II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP) regula en sus artículos 53 y siguientes el procedimiento administrativo común, conteniendo en sus artículos 65, 67, 91 y 92, las especialidades propias de los procedimientos de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente su iniciación, la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, la solicitud de informes y, por último, la resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación.

Disponen, por su parte, los artículos 122, en relación con el 58, ambos de la Ley Foral 11/2019, de 11 de marzo, de la Administración de la Comunidad Foral y del Sector Público Institucional Foral, que la resolución del expediente corresponderá a la persona que ejerza la gerencia o presidencia de los respectivos Organismos Autónomos.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los datos de la historia clínica necesarios para conocer las circunstancias de los hechos por los que se reclama, los informes emitidos por los servicios médicos afectados, así como un dictamen pericial emitido por... y suscrito por el doctor don...

Una vez instruido el expediente se dio traslado a los reclamantes para formular alegaciones y presentar los documentos y pruebas que considerasen oportunas. El expediente ha culminado con la propuesta de resolución que se nos somete a dictamen.

En consecuencia, se considera que se ha seguido el procedimiento adecuado en la tramitación del presente expediente de responsabilidad sanitaria.

II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración por asistencia sanitaria: regulación y requisitos

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrándose su regulación en los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

El punto de partida lo constituye el artículo 32.1 de la LRJSP, a cuyo tenor «los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

El daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 32.2). Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (artículo 34.1 de la LRJSP). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado (artículo 34.2 de la LRJSP). El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPACAP).

Conforme con la regulación positiva de la responsabilidad patrimonial y de la jurisprudencia que la interpreta y aplica, los requisitos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado. Como regla general, la carga de la prueba de los hechos necesarios para la existencia de responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad. Como este

Consejo viene señalando en dictámenes anteriores, el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006) no basta, para que exista responsabilidad patrimonial, la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria. Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la «lex artis» como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 13 de julio de 2007). En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la «lex artis» y ello, ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la «lex artis» es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que

permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida («lex artis»). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha «lex artis»; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cuál sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la «lex artis» (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño, sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

«La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003). Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente a doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»

II.4^a. Improcedencia de la reclamación

En la presente consulta se somete a nuestro dictamen una reclamación de responsabilidad patrimonial contra el SNS-O por deficiente asistencia sanitaria prestada por Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra, durante la asistencia prestada tras el nacimiento de...

En concreto y de modo sintético se considera que las lesiones que sufre la hija de los reclamantes, consistentes en una parálisis cerebral con hemiparexia derecha, se debieron a una incorrecta praxis sanitaria, al no actuarse tempranamente para descartar una infección postparto. Con ello se habría impedido un diagnóstico más temprano, derivando de ello las secuelas de la menor.

Frente a estas manifestaciones deben destacarse los siguientes datos e informes obrantes en el expediente:

1º.- Anotaciones de enfermería de la noche del día 26, madrugada del día 27 de mayo de 2019: 1:06 h Noche: «Refieren los padres que sobre las 21h ha tenido 38.2º C (no lo veo registrado) y que le han pasado complemento por sensación de deshidratación». «Se le vuelve a tomar Tª a las 22 h (37.1°C) y a las 23:30 h (37°C)». «Muy irritable, llora mucho y no se calma. No succiona». «Se vuelve a tomar Tª a las 00:45 de 38.9° C». «Aviso a pediatría y deciden ingreso en neonatología para valorar y descartar infección».

- 2º.- Anotaciones de temperatura durante la estancia en la planta de maternidad: Durante el día 25, desde las 9:25 y hasta las 23 horas: 36,7, 36,5, 37,2 y 37. Durante el día 26: 37,5 (a las 9 horas), 36,8 (a las 12 horas) y 37,1, a las 23:30 horas). El día 27, a las 0:43 horas, 38,9.
- 3º.- Conforme al informe de la Jefa del Servicio de Pediatría de 21 de octubre de 2021, la pequeña «No presentó fiebre durante su estancia en dicha planta hasta el día 27/05/2019 a las 0:43 h, como consta en los registros de enfermería». «En el momento en que se detecta que la niña tiene fiebre se avisa al pediatra de guardia y tras ser valorada ingresa en la Unidad Neonatal con la sospecha de infección. Al ingreso se hacen los estudios habituales protocolizados, y tras la recogida de cultivos y realización de punción lumbar se inicia la antibioterapia endovenosa de manera empírica. Además, se da soporte clínico que precisaba la niña sin retrasos terapéuticos. Cuando existe una sospecha de infección en un recién nacido, se actúa con diligencia por el riesgo que supone para el mismo. En la ficha de ingreso de..., está registrada esta actuación clínica a las 1:16 horas del día 27 de mayo, a los 30 minutos de haber sido detectada la fiebre». «Los datos clínicos y analíticos al ingreso sugieren el diagnóstico de sepsis-meningitis, iniciándose el tratamiento a continuación. En ningún momento presenta convulsiones o déficit neurológico que hicieran sospechar un infarto cerebral perinatal. Con el tratamiento mejora rápidamente, normalizándose su estado general en tres días, como suele ser habitual en los cuadros de sepsis-meningitis que evolucionan bien. A pesar de que los cultivos de sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron negativos, se mantuvo el tratamiento durante 14 días». «Durante el ingreso se realizaron pruebas complementarias para descartar otras posibles patologías que pudieran estar relacionadas con la clínica que presentaba la niña (ecocardiografía, ecografía cerebral, EEG, audiometría por potenciales evocados auditivos) que resultaron todas normales». «No está indicado realizar un TC a un recién nacido con esta patología, por la alta radiación que conlleva, salvo que exista una mala evolución o una clínica compatible con otras patologías acompañantes a la meningitis, que son circunstancias que no concurrían en esta paciente». «Tras el alta de la Unidad Neonatal la niña se controló en consulta de Seguimiento de Neonatología, a los 3 meses

de vida. Ante la normalidad de la clínica y la exploración física, sin detectar alteraciones... es dada de alta de esta consulta».

4º.- De lo señalado en el informe pericial emitido por... y suscrito por el doctor..., que hemos transcrito en muchos de sus apartados, destacaremos en este momento las conclusiones siguientes: «Durante su estancia en maternidad es correctamente valorada por la Pediatra, así como por el personal sanitario que atiende a ambas, madre e hija. No se observa demora en la asistencia». «La menor presentó un cuadro clínico compatible con sepsis-meningitis, sin obtener el germen causante de dicho proceso infeccioso. No obstante, fue correctamente tratada». «Durante su estancia en la unidad neonatal no estaba indicada la realización de un TAC». «En una RMN realizada sobre los 8 meses de edad, se observan datos compatibles con un fenómeno isquémico. Sin embargo, es imposible datar el momento concreto en el que tuvo lugar dicho evento, no pudiendo objetivar que fuera durante el período neonatal: no tenía factores de riesgo para ello, presentaba una ecografía y un electroencefalograma normales, y finalmente, una exploración neurológica normal en valoración de consulta neonatal a los 3 meses de edad». «La atención llevada a cabo en la paciente... se ajusta a la lex artis en relación con la atención dispensada por el Servicio Navarro de Salud (...). No existe acción u omisión culposa».

Frente a todo ello, nos encontramos con una reclamación de responsabilidad patrimonial que considera que existió una incorrecta praxis sanitaria, al no actuarse tempranamente, lo que habría derivado en el infarto cerebral y en la hemiparexia derecha padecida por la menor. Ocurre que tales aseveraciones carecen de cualquier sustento médico pericial, ya que no se ha aportado por los reclamantes ningún informe pericial que justifique sus manifestaciones. Por el contrario, los informes obrantes en el expediente confirman la adecuada praxis médica llevada a cabo.

Con estos elementos, este Consejo no puede sino confirmar la propuesta de resolución de la Administración.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación de responsabilidad formulada por don... y doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida por su hija..., debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.