Roj: **STSJ M 13334/2012** - ECLI: **ES:TSJM:2012:13334**

Id Cendoj: **28079330102012100633**
Órgano: **Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Contencioso**
Sede: **Madrid**
Sección: **10**
Fecha: **04/10/2012**
Nº de Recurso: **625/2011**
Nº de Resolución: **664/2012**
Procedimiento: **PROCEDIMIENTO ORDINARIO**
Ponente: **MARIA JESUS VEGAS TORRES**
Tipo de Resolución: **Sentencia**

FONDO DOCUMENTAL CE

Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Sala de lo Contencioso-Administrativo

Sección Décima

C/ Génova, 10 - 28004

33009750

NIG: 28.079.33.3-2011/0177466

Procedimiento Ordinario 625/2011

Demandante: D./Dña. Bibiana y D./Dña. Leonardo

PROCURADOR D./Dña. DANIEL BUFALA BALMASEDA

Demandado: COMUNIDAD DE MADRID

LETRADO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

QBE Insurance Europe Limited. Sucursal en Espana

PROCURADOR D./Dña. FRANCISCO ABAJO ABRIL

SENTENCIA Nº 664/2012

Presidente:

D./Dña. Mª DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS

Magistrados:

D./Dña. FRANCISCA ROSAS CARRION

D./Dña. EMILIA TERESA DIAZ FERNÁNDEZ

D./Dña. Mª JESUS VEGAS TORRES

En la Villa de Madrid a cuatro de octubre de dos mil doce.

Vistos por la Sala, constituida por los Sres. Magistrados relacionados al margen, los autos del presente recurso contencioso- administrativo número 625/2011, interpuesto por el procurador Don Daniel Bufala Balmaseda, en nombre y representación de DOÑA Bibiana Y DON Leonardo , padres del menor de edad Tomás , contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial por ellos presentada ante el Servicio Madrileño de la Salud. Ha sido parte demandada **LA COMUNIDAD DE MADRID,** representada y defendida por letrado integrado en sus Servicios Jurídicos y **QBE INSURANCE EUROPE LIMITED,** representado por el procurador Don Francisco José Abajo Abril.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. Interpuesto el presente recurso y previos los oportunos trámites, se confirió traslado a la parte actora por término de veinte días para formalizar la demanda, lo que verificó por escrito presentado en el que tras exponer los hechos y fundamentos de derecho que estimó pertinentes, solicita sentencia estimatoria del recurso por la que se declare la responsabilidad patrimonial del Servicio Madrileño de Salud y le condene a indemnizar los daños y perjuicios causados en las instalaciones del Hospital Universitario La Paz de Madrid en cuantía de 204.855,58 euros para el menor Tomás y en la de 10.400,47 euros para sus padres, Don Leonardo y Dª Bibiana , más los intereses de demora desde que se efectuó la reclamación administrativa.

SEGUNDO. La Administración demandada y QBE INSURANCE EUROPE LIMITED, una vez conferido el tramite pertinente para contestar la demanda, presentaron escritos en los que , alegaron los hechos y fundamentos de derecho que estimaron pertinentes, solicitando una sentencia desestimatoria del recurso.

TERCERO. Acordado el recibimiento del recurso a prueba con el resultado obrante en las actuaciones, se confirió traslado a las partes para la presentación de conclusiones escritas, verificado lo cual, quedaron las actuaciones pendientes de señalamiento para deliberación, votación y fallo, fijándose al efecto el día 19 de septiembre del presente año, fecha en que tuvo lugar.

Es PONENTE la Magistrada ILMA. SRA .Dª Mª JESUS VEGAS TORRES.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

PRIMERO . Constituye el objeto del presente recurso contencioso administrativo la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por de DOÑA Bibiana Y DON Leonardo , padres del menor de edad Tomás .

Como fundamento de su pretensión exponen que "El menor Tomás ingresó en quirófano del Hospital Universitario la Paz el día 7 de mayo de 2008 para que le fuera colocada una ortopedia prequirúrgica por tener labio leporino. En el quirófano, y tras la operación, sufrió una caída de la mesa de operaciones ocasionándole un traumatismo craneoencefálico que le provocó una fractura de bóveda craneal, parietal izquierda con desplazamiento de fragmentos y hematoma epidural. Como consecuencia de dicha caída, el menor tuvo que pasar varios días en la UCI, en observación y someterse a unas pruebas en cierto modo arriesgadas para su corta edad, además de sufrir un importante retraso en el alta hospitalaria, la cual no se produjo hasta el 12 de mayo siguiente. Igualmente tuvo problemas para ganar peso ya que al estar siendo alimentado con leche materna, la situación en la que se vio como consecuencia de la caída, impidió que la lactancia fuera regular y constante. Por dicho motivo y porque una vez estabilizadas las tomas, seguía sin ganar peso, se producen varios seguimientos tal y como consta en la historia clínica, ya que a los médicos les preocupa esa dificultad para ganar peso sin que aparentemente haya motivos para ello. Además ha tenido que acudir a numerosas revisiones neurológicas, suponiendo continuos desplazamientos innecesarios de no haber sufrido el golpe en la cabeza, desde su domicilio habitual situado a muchos kilómetros del hospital, en Pedezuela, lo que ha provocado que sus padres hayan tenido que cambiar turnos en el trabajo, pedir días libres, etc para poder atender al menor".

Añaden que además los recurrentes se han visto obligados a realizar numerosos desplazamientos para acudir a urgencias por las crisis convulsivas sufridas por el menor, provocadas, a su juicio, por el golpe padecido como consecuencia de la caída del niño de la mesa de operaciones tras la intervención quirúrgica realizada.

Continúan relatando que "como consecuencia del incidente del que trae causa esta reclamación, al paciente Tomás , se le ha declarado un 33% de minusvalía (folios 406 a 408 del expediente administrativo) sin que tenga un diagnóstico de mejora a corto plazo de las disfunciones madurativas que se transforman en problemas motrices, cognitivos y sociales" y que en la actualidad se encuentra en tratamiento de estimulación y fisioterapia para conseguir una "normalidad" acorde con la edad del menor, lo que ha obligado a sus padres a hacer verdaderos esfuerzos para compatibilizar sus trabajos con la constante atención que precisa Tomás .

En definitiva sostienen que la caída sufrida por Tomás en la mesa de operaciones del quirófano del Hospital Universitario de La Paz ha sido el causante de los daños sufridos, que se concretan del siguiente modo:

-Epilepsia de origen traumático.

-Retraso cognitivo, postural, del lenguaje, en el área de la sociabilidad y autonomía del menor, que ha determinado que la Comunidad de Madrid le haya reconocido una minusvalía del 33%.

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ

-Tiempo y dinero de los padres de Tomás y desplazamientos diarios a diferentes centros de atención temprana y estimulación, así como a urgencias por crisis convulsivas, y sobre todo, sufrimiento y preocupación por el futuro de su hijo.

Por todo lo expuesto concluyen que en el caso examinado concurren los requisitos legal y jurisprudencialmente para el éxito de la acción de responsabilidad patrimonial ejercitada y solicitan las siguientes indemnizaciones, calculadas tomando como base orientativa los baremos aplicables para los accidentes de tráfico:

-Por 4 días de hospitalización como consecuencia de la caída y la necesidad de mantener al niño en observación: 4X64,87= 258,28 euros.

-Por la secuela de epilepsia: 70 puntos X2.520,39= 176.427,30 euros, cantidad que se incrementa en 3.000 euros en virtud del principio de reparación integral del daño.

-Por la secuela de síndromes motores por disartria y síndromes psiquiátricos con trastorno orgánico de la personalidad de tipo leve: 20 puntos X1.233,67 euros=24.673,40 euros, cantidad que incrementa en 3.000 euros en virtud del principio de reparación integral del daño.

-Por gastos en que hasta la fecha de la demanda han incurrido los recurrentes y padres de Tomás , sin incluir las previsiones de los que seguirán afrontando en el futuro en centros especiales de estimulación: 400,47 euros, de los que 290,13 euros corresponden a los pagos realizados a APADIS (Centro de Atención Temprana) 36,7 euros , con natación de la piscina de El Molar y 73,56 euros se corresponden con las actividades de psicomotricidad del polideportivo del Ayuntamiento de Pedrezuela.

-Por daños morales de han padecido y padecen Don Leonardo y Dª Bibiana como consecuencia de la dedicación permanente que requiere su hijo en medicación, pruebas neurológicas, traslados diarios a centros de estimulación, estimulación en casa y que seguirá requiriendo Tomás en los próximos años así como por las preocupaciones propias de cada padre por ver menoscabada la salud de su hijo: 10.000 euros

En apoyo de sus alegaciones y pretensiones aportan informe emitido por el Doctor Don David .

SEGUNDO.- La Comunidad de Madrid se opone a la demanda y defienda que en el caso examinado no concurren los requisitos exigidos legalmente para que pueda apreciarse la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria puesto que, como se afirma en el informe emitido por la Inspección Médica (folios 375 a 401 del expediente administrativo), si bien la asistencia sanitaria prestada a Tomás en el Hospital infantil La Paz el 7 de mayo de 2008 fue inadecuada, pues sufrió una caída, que parece que fue accidental, desde la mesa del quirófano al suelo durante el "despertar" tras la intervención practicada ese día y que dicha caída le produjo una fractura parietal izquierda con hematoma epidural que se reabsorbió espontáneamente, no se ha podido demostrar que dicha caída ocasionara secuelas, remitiéndose al contenido íntegro del citado informe de la Inspección.

QBE INSURANCE EUROPE LIMITED, se opone igualmente a la demanda e interesa su desestimación. Con carácter previo denuncia la existencia de desviación dada la divergencia entre la indemnización interesada en el escrito de interposición del recurso contencioso administrativo y en el petitum de la demanda.

Afirma que los documentos obrantes en el expediente administrativo, en concreto la historia clínica del menor Tomás y el informe de la inspección evidencian que no existe relación de causalidad entre la actuación administrativa y el daño que se dice que padece el hijo de los recurrentes, y que dialécticamente hablando , únicamente podría imputarse responsabilidad a la administración sanitara por las consecuencias que sí se han derivado de la caída y que están acreditadas, como son los cuatro días de hospitalización adicionales que sufrió el menor respecto de los previstos inicialmente y que, tomando en consideración el Baremo del RD 8/2004, la cuantía a indemnizar sería de 258,28 euros.

Por lo demás rechaza expresamente la posibilidad de indemnizar el resto de los conceptos reclamados por la parte recurrente así como la cuantificación que se realiza de los mismos.

TERCERO .- En relación con la desviación procesal opuesta por QBE INSURANCE EUROPE LIMITED cumple manifestar que es cierto que en el escrito de interposición del recurso contencioso administrativo los recurrentes fijaban la cuantía del mismo en 20.000 euros, si bien precisaban que lo hacían sin perjuicio de su modificación una vez practicada la prueba oportuna y que en la demanda finalmente solicitan una indemnización cifrada en 215.286 euros. Pues bien, esta Sala tiene que señalar al respecto que no cabe apreciar tal desviación puesto que, el incremento del importe de la indemnización solicitada en modo alguno supone dicho defecto procedimental al no implicar ello una modificación sustancial de los hechos o pretensión ejercitada, tal y como sería necesario para la existencia del defecto al que se refiere el art. 69.c) de la Ley 29/98

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ

CUARTO.- La cuestión objeto de debate consiste en determinar si en la actuación administrativa recurrida concurren los requisitos necesarios para que sea posible la indemnización de los daños y perjuicios reclamados por la parte recurrente.

Con carácter general es necesario tener en cuenta (por todas, STS de 15 de enero de 2008) que " la responsabilidad de las Administraciones públicas en nuestro ordenamiento jurídico tiene su base no solo en el principio genérico de la tutela efectiva que en el ejercicio de los derechos e intereses legítimos reconoce el art. 24 de la Constitución , sino también, de modo específico, en el art. 106.2 de la propia Constitución al disponer que los particulares en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos; en el artículo 139, apartados 1 y 2 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común art.139.2, y en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa , que determinan el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado, habiéndose precisado en reiteradísima jurisprudencia que para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal - es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Tampoco cabe olvidar que en relación con dicha responsabilidad patrimonial es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que la misma es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque, como hemos declarado igualmente en reiteradísimas ocasiones es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido".

Ello no obstante, la STS de 17 de abril de 2007 señala que " Sobre la existencia de nexo causal con el funcionamiento del servicio, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, así señala la sentencia de 14 de octubre de 2003 que: "Como tiene declarado esta Sala y Sección, en sentencias de 30 de septiembre del corriente , de 13 de septiembre de 2002 y en los reiterados pronunciamientos de este Tribunal Supremo, que la anterior cita como la Sentencia, de 5 de junio de 1998 , la prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquella de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas, convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario, como pretende el recurrente, se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro Ordenamiento Jurídico. Y, en la sentencia de 13 de noviembre de 1997 , también afirmamos que "Aun cuando la responsabilidad de la Administración ha sido calificada por la Jurisprudencia de esta Sala, como un supuesto de responsabilidad objetiva, no lo es menos que ello no convierte a la Administración en un responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple uso de instalaciones públicas, sino que, como antes señalamos, es necesario que esos daños sean consecuencia directa e inmediata del funcionamiento normal o anormal de aquélla ". En el mismo sentido las sentencias de 19 de septiembre de 2002 , 20 de junio de 2003 , 7 de febrero y 6 de marzo de 1998 , refiriendo estas últimas que no resulta tal responsabilidad de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, por el hecho de que la Administración ejerza competencias en la ordenación de un determinado sector o sea necesaria su autorización. Y en relación con supuestos de inactividad de la Administración, no resulta exigible a la Administración una conducta exorbitante, siendo una razonable utilización de los medios disponibles en garantía de los riesgos relacionados con el servicio, como se desprende de la sentencia de 20 de junio de 2003 , lo que en términos de prevención y desarrollo del servicio y sus infraestructuras se traduce en una prestación razonable y adecuada a las circunstancias como el tiempo, lugar, desarrollo de la actividad, estado de la técnica, capacidad de acceso, distribución de recursos, en definitiva lo que se viene considerando un funcionamiento estándar del servicio.

Más específicamente, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando (SSTS Sala 3ª, de 25 de abril , 3 y 13 de julio , 30 de octubre de 2007 , 9 de diciembre de 2008 , ó 29 de junio de 2010) " que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría

la responsabilidad objetiva mas 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.

Es igualmente constante jurisprudencia (Ss. 3-10-2000 , 21-12-2001 , 10-5-2005 y 16-5-2005 , entre otras muchas) que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible.

La adopción de los medios al alcance del servicio, en cuanto supone la acomodación de la prestación sanitaria al estado del saber en cada momento y su aplicación al caso concreto atendiendo a las circunstancias del mismo, trasladan el deber de soportar el riesgo al afectado y determinan que el resultado dañoso que pueda producirse no sea antijurídico.

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 la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto ". Son los denominados riesgos del progreso como causa de justificación del daño, el cual ya la jurisprudencia anterior venía considerando como no antijurídico cuando se había hecho un correcto empleo de la lex artis, entendiendo por tal el estado de los conocimientos científicos o técnicos en el nivel más avanzado de las investigaciones, que comprende todos los datos presentes en el circuito informativo de la comunidad científica o técnica en su conjunto, teniendo en cuenta las posibilidades concretas de circulación de la información.

Estamos pues ante 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; criterio que 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 del repetido criterio; prescindir del mismo conllevaría una excesiva objetivización de la responsabilidad que podría declararse con la única exigencia de existir una lesión efectiva, sin necesidad de demostración de la infracción del criterio de normalidad.

Por lo demás, constituye jurisprudencia consolidada que la prueba de la relación de causalidad corresponde a quien formula la reclamación, o como dice la sentencia de 18 de octubre de 2005 , la carga de la prueba del nexo causal corresponde al que reclama la indemnización consecuencia de la responsabilidad de la Administración, por lo que no habiéndose producido esa prueba no existe responsabilidad administrativa; en el mismo sentido la sentencia de 7 de septiembre de 2005 , entre otras muchas. En materia de prestación sanitaria se modera tal exigencia de prueba del nexo causal en aplicación del principio de facilidad de la prueba, a la que la alude la jurisprudencia (SS. 20-9-2005 , 4-7-2007 y 2-11-2007), en el sentido que la obligación de soportar la carga de la prueba al perjudicado, no empece que esta exigencia haya de atemperarse a fin de tomar en consideración las dificultades que normalmente encontrará el paciente para cumplirla dentro de las restricciones del ambiente hospitalario, por lo que habrá de adoptarse una cierta flexibilidad de modo que no se exija al perjudicado una prueba imposible o diabólica.

QUINTO .- En el caso sometido a nuestra consideración, como ya hemos expuesto, la parte recurrente ejercita acción de responsabilidad patrimonial por la los daños y perjuicios irrogados a su hijo Tomás como consecuencia de la caída del niño de la mesa de operaciones tras la intervención quirúrgica realizada.

Para acreditar sus alegaciones y fundamentar su pretensión indemnizatoria se remiten al informe emitido por el Doctor Don David , ratificado a presencia judicial, en el que se sientan las siguientes conclusiones:

"Primera.- El niño Tomás nació el NUM000 de 2008 en el Hospital Universitario La Paz de Madrid con un labio leporino y un paladar hendido, así como con una betatalasemia hetorocigótica, el resto era completamente normal.

Segunda.- El 4 de mayo de 2008, a la edad de 1 mes y 21 días, sufrió una caída de la mesa de quirófano del Hospital Infantil La Paz de Madrid, ocasionándose un traumatismo craneoencefálico con cefalohematoma parietal izquierdo y fractura de la bóveda craneal parietal izquierda, con fragmentos desplazados y hematoma epidural.

Tercera.- Esta falta de cuidados en un niño de tan corta edad, se considera una negligencia por parte del personal que debía de atenderle en el Hospital La Paz, y a consecuencia de ella, presenta en la actualidad las siguientes secuelas: crisis epilépticas y retraso en el desarrollo para su edad cronológica con un grado de minusvalía total del 33%.

Cuarta.- Las actuaciones profesionales del personal que debían de atender al niño Tomás en los quirófanos del Hospital Infantil LA Paz de Madrid el día de su intervención quirúrgica, 4 de mayo de 2008, se llevaron a cabo con mala praxis y en desacorde a la lex artis ad hoc."

La representación procesal de QBE INSURANCE EUROPE LIMITED, ha aportado informe emitido por las doctoras Dª Julia y Dª Paloma , también ratificado a presencia judicial, en el que se establecen las siguientes conclusiones:

"- Aún no pudiendo asegurar que la crisis observada en marzo del 2009 no fuera por el TCE ocurrido en la caída, se trató de una crisis de atonía única y este paciente no padece una epilepsia ni necesita tratamiento antiepiléptico.

-El retraso psicomotor que sufre no es atribuible al TCE pues no ha presentado daño parenquimatoso (sólo fractura y hematoma epidural laminar que se resuelven sin problemas en pocas semanas).

-La falta de ganancia ponderal no es atribuible al TCE.

-No se pueden considerar secuelas por epilepsia al no haber tenido esta enfermedad.

-La crisis única de atonía no se volvió a repetir aun sin tratamiento y no se trata de una secuela.

-El único "perjuicio" a considerar por la posible relación entre la caída y la crisis de atonía es el tiempo que debió permanecer ingresado tras la caía y el tiempo de tratamiento con Depakiner; 4 días de hospitalización + 126 días no impeditivos.

-No se consideran justificados los gastos que se reclaman al no estar motivados por los daños derivados de la caída ni ser la minusvalía concedida derivada de la misma."

Por lo demás, obra en el expediente administrativo el informe emitido por el Médico Inspector en el que se recoge el siguiente resumen de la historia clínica de Tomás :

"1. El NUM000 -2008 nació Tomás en el H La Paz, siendo ingresado en el SERVICIO DE NEONATOLOGIA, procedente del Paritorio, por presentar fisura palatina y labio leporino izquierdos (ya diagnosticado durante el embarazo, que fue normal, en la ECO de la sem. 17).

El parto había sido espontáneo (16 h de bolsa rota), a las 37 sem + 1 d, y presentó buen estado al nacer, sin otras malformaciones aparentes.

Durante su ingreso (entre otros) fue solicitada lC al SERVICIO DE CARDIOLOGIA, de MAXILOFACIAL y de GENÉTICA, y se realizaron ECO cerebral y ECO abdominal. No se observaron otras malformaciones externas aparte de la malformación congénita facial que presentaba (labio leporino y hendidura palatina izq.).

Las ECO cerebral y abdominal fueron informadas como normales. En la ECO cardiaca se objetivó mínimo DAP y FOP; estaba asintomático, y se indicó revisión en 3-4 meses.

El 19-03-08 el niño fue dado de alta, indicándose en el Informe que al alta la exploración era normal, con curva de peso ascendente y alimentación bien tolerada, con buena adaptación a la alimentación con tetina (precisando ayuda para tomar el biberón, y succión débil, según H de Enfermería). También se consignó que estaba pendiente de control por el SERVICIO de C. MAXILOFACIAL, CARDIOLOGÍA y GENÉTICA (Cariotipo).

Se emitió el Diagnóstico: "Recién nacido a término de peso adecuado para su edad gestacional (RNT de PAEG). Labio leporino y lisura palatina izq. Ictericia".

2.. El 15-04-08 el niño fue valorado en C. Ext. por el SERVICIO DE C. MAXILOFACIAI, que objetivó labio hendido unilateral severo (con bastante separación de los segmentos) y fisura palatina completa. Se programó para realizar ortopedia prequirúrgica incluyéndole en Lista de Espera. En la 1-1 de Solicitud de ingreso para IQ se

indicó: "Queiloplastia Primaria". En la Historia figuran firmados (sin fecha) 2 documentos de CI para Cirugía del labio leporino y del paladar fisurado.

El 24-04-08 el paciente fue intervenido bajo anestesia general. Se indicó como I. O.: "Toma de impresiones". Tras probar tolerancia oral con leche humanizada, fue dado de alta ese mismo día. En el Informe de alta (del SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA) se indicó que presentaba labio hendido unilateral severo que requería para su Tto la colocación de un dispositivo ortopédico intraoral. Y se registró como Procedimiento Q: "Toma de impresiones para aparatologia intraoral". Se indicó (entre otros) vida y dieta normales, y que sería llamado por el protésico encargado de hacer el aparato.

3. El 07-05-08 el paciente fue intervenido por el SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL (en el. Quirófano de URGENCIAS, al parecer).

En la H. de Protocolo Quirúrgico se registró en "Tipo de Intervención": Colocación de dispositivo intraoral.

Según Informe de alta (12-05-08) se trataba de un paciente diagnosticado de labio hendido unilateral severo y fisura palatina completa "al que se tomaron modelos bajo sedación para elaboración y posterior colocack5n de ortopedia preoperatoria, con objeto de mejorar el posicionamiento de los segmentos palatinos previa a la intervención de queiloplastia".

En dicho Informe se consignó que bajo anestesia general se realizó "colocación de aparato de ortopedia prequirúrgica intraoral mediante fijación con pinas metálicos insertados en los segmentos palatinos. Sellado con composite para evitar migración. Colocación de gomas en pinas de activación en posición neutra".

En la H. de Protocolo Quirúrgico de 07-05-08 figura registrado (presumiblemente por el Cirujano) que "durante el proceso de despertar, tras la extubación, se produce caída accidental que no afectó al nivel de conciencia y a la que se prestó atención inmediata, con valoración por parte de Neurocirugía y de Anestesista del quirófano, que monitorizó al paciente durante 1 hora sin observar repercusión hemodinámica alguna. El paciente pasa a REA para observación".

Dicho incidente también está consignado en diversos documentos de la Hria Clínica (Informe de alta, H. de Evolución de REA, H. de Enfermería, Informe sobre el caso (20-05-09) del SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN,...), entre ellos en la H. de Gráficas del SERVICIO DE ANESTESIA correspondiente a la IQ (07-05-08).

En el mencionado documento se registró en "Observaciones" que la intubación había sido difícil por mata visualización de la glotis, y laringoscopia complicada por la malformación. Y se registró tras ello: "Cuando se realiza la extubación y manteniéndose (algo ilegible) el paciente en ventilación espontánea se produce la calda accidental del paciente. No presenta pérdida de conciencia. Aparece cefalohematoma en región parietal izada. Visto por el Neurocirujano aconseja vigilancia y TAC en 6 horas. Se anotó también que el paciente pasaba a Reanimación.

El paciente ingresó en REANIMACIÓN. En la H. de Evolución Médica se registró (entre otros) que procedía de Q, donde se habla colocado dispositivo intraoral, y habla tenido calda accidental con resultado de cefalohematoma. La exploración neurológica practicada era normal.

Se realizó TAC craneal (según indicación del NEUROCIRUJANO) a las 17 h aprox., en cuyo Informe se indicó: "Colección epidural de 24 x 7 mm y fractura asociada mínimamente desplazada parietal izquierda. Estructuras de línea media centradas. Ventrículos de tamaño normal".

En la H. de Evolución se registró dicho resultado, y que el S. de REANIMACIÓN y de NEUROCIRUGÍA informaban a los padres de las lesiones y probable evolución. Se anotó que estaba con lactancia materna y se indicó dieta absoluta.

El 08-05-08 le fue practicado un TAC craneal de control. En el Informe se emitió como Conclusión: "Fractura parietal izq. con desplazamiento de fragmentos, con pequeño hematoma epidural que no ha progresado, en proceso de reabsorción".

En la H. de Evolución de 08-05-08 se registró el resultado y se anotó que se informaba a los padres. Se consignó que se introducía Fenobarbital por indicación de NEUROCIRUGÍA. Se habla indicado dieta absoluta hasta realización del TAC, e iniciar después lactancia materna. La Enfermería anotó que no habla signos de alteración neurológica, y presentaba buena tolerancia oral, habiendo en la nevera biberones de leche materna.

El 09-05-08 se consignó en la H. de Evolución del SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN que el niño no presentaba focalidad neurológica. Se registró que se colocaba "goma de activación a nivel transversal para iniciar rotación de los segmentos". También se anotó que se consultaba anemia con PEDIATRÍA. Se prescribió como

dieta lactancia materna y se indicó pase a Planta (pendiente de realizar EEG), siendo trasladado el paciente al SERVICIO DE CIRUGÍA 2.

En dicho Servicio se continuó indicando Fenobarbital (entre otros), alimentación con biberón de leche materna y sueroterapia de mantenimiento (que se retiró el 10-05-08). En la H. de Enfermería se registró (entre otros) que el niño venia de REA tras colocación en quirófano de ortopedia prequirúrgica (labio leporino), cayéndose en quirófano de la mesa de quirófano.

El 12-05-08 se realizó un EEG, en cuyo Informe se concluyó: "EEG sin hallazgos de valoración patológica en relación con la edad del paciente". El SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL indicó alta por su parte, pendiente de valoración por el SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA, que también indicó afta, recomendando continuar con Fenobarbital hasta 14-05-08 y revisión en su C. EXTERNA.

El 12-05-08 el niño fue dado de alta, según Informe de alta existente en la documentación facilitada electrónicamente (en el que no figura SERVICIO, ni identificación ni firma del médico emisor).

En dicho Informe se consignó (entre otros) que "durante el proceso de despertar tras la cirugía y una vez extubado, el paciente sufre una caída accidental en quirófano, sin repercusión en nivel de conciencia, y de la que fue inmediatamente atendido, mostrando un cefalohematoma parietal izq. Y ningún signo de repercusión hemodinámica por el traumatismo, así como una exploración neurológica totalmente normal. Se avisa al NEUROCIRUJANO INFANTIL, que examina al paciente y descarta la necesidad de una cirugía urgente en el momento agudo, recomendando la colocación de venda tipo capelina así como la realización de TAC craneal a las 6 h. del traumatismo. Se mantiene al paciente monitorizado durante 1 h. tras la cirugía en quirófano, sin mostrar en ningún momento cambios en su estado hemodinámico o neurológico. Se traslada a REA para observación".

En ese Informe de afta se registró también el resultado de las pruebas efectuadas, la incorporación de dieta con biberón y leche materna, así como la evolución del paciente, indicando que fue buena, manteniéndose asintomático desde el mismo momento del traumatismo.

Se consignó en él además que existió buena tolerancia a la aparatologia intraoral colocada, aunque se observó una úlcera superficial por decúbito del vástago de activación nasal que requería Tto con cera de ortodoncia y un gel para acelerar la cicatrización.

El paciente fue dado de alta con el Diagnóstico: "Labio hendido unilateral severo. Fisura palatina. TCE con fractura parietal y cefalohematoma asociado". Procedimiento Quirúrgico: "Colocación de ortopedia prequirúrgica intraoral. Se indicó (entre otros) alimentación con biberón, revisión el 14-05-08 en C. Ext. de CIRUGÍA MAXILOFACIAL para activación de la ortopedia, y seguir las indicaciones dadas por el SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA.

4, Tras el alta el paciente fue revisado (C. EXT.) y controlado por diferentes SERVICIOS del H. Infantil La Paz, según se expone seguidamente. No se han encontrado más revisiones en la documentación facilitada (informáticamente) que las detalladas a continuación.

SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA:

03-06-08: Se anotó esperar evolución.

25-06-08: Se decidió nuevo control en Agosto.

06-08-08: Se consignó que la evolución era buena. Callo de fractura. Control en 6 meses.

11-02-09: Se registró que existía buena evolución. Cabeza bien. Alta.

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

19-06-08: se realizó exploración, ECG y ECO, emitiéndose el JC: "Soplo Inocente" (bastante ilegible). Se indicó hacer vida normal, y revisión en 1 año

C) SERVICIO DE MAXILOFACIAL:

1)14-05-08: fue valorado y al parecer se actuó sobre la ortopedia intraoral.

20-05-08: fue revisado y ajustado el aparataje. Buena evolución. No úlceras. Se decidió valoración semanal, siendo revisado posteriormente con esa cadencia. En la de 01-07-08 se consignó que había ganado bastante peso y se programaba para Cirugía.

2)10-07-08: fue intervenido el paciente, realizando Queiloplastia (Diagnóstico: Labio hendido). Se cursó IC al SERVICIO DE NUTRICIÓN. Fue dado de alta el 14-07-08, recomendando Leche maternizada.

3)17-07-08: fue revisado, retirando puntos del labio y dejando los de la nariz.

Acudió a revisiones posteriores (Julio, Agosto, Noviembre de 2008). En la de Febrero (ilegible) de 2009 se consignó que presentaba buena evolución, tenía crisis de ausencia (en Tto) y se programaba para Palatoplastia.

4) 13-08-09: fue operado el niño, efectuando Palatoplastia (Diagnóstico: Fisura Palatina). En la H de Consulta de Anestesia previa (17-04-09) se registró, entre otros, que presentaba Talasemia Heterocigota, anemia microcitíca, transaminasas no filiado, crisis convulsivas afebriles, bronquiolitis. Se inició tolerancia con leche el 14-08-09, que fue buena.

Fue dado de alta el 17-08-09. El informe de alta se registró que presentaba fisura palatina que afectaba paladar duro con comunicación con fosa nasal, y escalón en borde bermellón con discontinuidad del mismo. Se emitió el Diagnóstico: "Fisura palatina. Secuelas de LPH (unilateral)". Procedimiento Q: "Palatoplastia. Zplastia en borde bermellón". Se pautó Tto y se indicó revisión en C. Ext. De Odontopediatria el 20-08-09 para retirar puntos.

5) 12-09-09 fue valorado el paciente. Se consignó que presentaba buena evolución, no fístulas se recomendó revisión en 6 meses.

d) SERVICIO DE PEDIATRIA:

1) 27-05-08: el niño fue atendido en URGENCIAS DE PEDIATRIA, remitido ese día desde C. EXT. Por el SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL para valoración por retraso de crecimiento (no ganancia de peso en el último mes) y palidez cutáneo-mucosa, habiendo descartado foco a nivel de aparato de ortopedia intraoral. Tras exploración y analítica, se descartó patología urgente y se recomendó (entre otros) añadir una 7ª toma y acudir a C. EXT. DE PEDIATRIA para control.

2)03-06-08: fue valorado en C. EXT. de PEDIATRÍA. Se consignó (entre otros) que desde hacía 3 semanas, tras la IQ, la ingesta era aceptable pero le costaba tomar y ganaba muy poco peso. También se registró, entre los AP, la caída en Quirófano (anotando que TAC de control normal, buena evolución), tras la cual hasta hacia 5 días le notaban más decaído, pero en los últimos días se encontraba asintomático. Lactancia materna hasta hacía 1 semana, ahora artificial. AF: Padre con Talasemia minor. Pendiente de resultado de Genética.

Se efectuó exploración, se solicitaron pruebas diagnósticas (e 1C a Nutrición) se emitió el JC: "Labio leporino izq. + hendidura paladar (duro) izq.", y se citó a revisión.

3)10-06-08: se consignó (entre otros) que tenia escasa ganancia ponderal, eosinofilia y anemia. Esplenomegalia a la palpación. Se pautó Hierro oral y se solicitó Eco abdominal

4)25-06-08: se registró que tenia buen estado general (BEG), más activo, psicomotor normal. Comía bien. Pendiente de ECO, y de lo (10-07-08) por labio leporino. La PEDIATRA de zona había solicitado 1C al SERVICIO DE PEDIATRÍA (19-06-08) para que valoraran 1C al SERVICIO DE HEMATOLOGÍA por presentar anemia microcítica, esplenomegalia y padre con T. minor. Se solicitó analítica.

5) 02-07-08: se anotó que en las tomas estaba muy inquieto, y que, ante la persistencia de la anemia, eosinofilia y dudosos síntomas digestivos se cambiaba la leche a hidrolizado de caseína. IQ de labio leporino el 10-07-08: cuando ingresara se aprovecharía para efectuar analíticas.

6) 21-07-08: se registró que estaba diagnosticado de Labio leporino (IQ) + bajo peso + anemia microcitica + eosinofilia. Presentaba BEG, Psicomotor normal. En el post-operatorio fue transfundido con concentrado de hematíes. ECO Abdominal normal. No se atragantaba (tornaba con jeringa). Regurgitación nasal frecuente (persistía la hendidura palatina, no corregida O). La evolución del peso en este periodo habla sido buena. Se pautó Hierro (hasta cumplir 3 meses) y se solicitó analítica.

El SERVICIO DE PEDIATRÍA emitió Informe (01-08-08) en el que se reflejaron los datos de las pruebas y revisiones efectuadas en su C. EXT. hasta entonces (arriba referidos). En él se consignó el Diagnóstico: "Bajo peso con buena evolución. Labio y paladar hendido izq. con corrección quirúrgica. Anemia microcitica".

7)02-10-08: se valoró al paciente (psicomotor: 4-5 meses), se anotaron resultados, se pautó Tto (muy ilegible) y se indicó nueva revisión.

8)13-02-09: se anotó que estaba diagnosticado de "Labio leporino IQ + Bajo peso + Anemia microcitica tratada (con Hierro) (padre con Talasemia) + Eosinofilia + Psicomotor ± (45 meses/6 meses)". Estimulación precoz. Había estado bien, sin crisis de atragantamiento. Estaba pendiente de IQ de paladar duro. Psicomotor: con estimulación precoz, normal. Se indicó valorar la analítica que se le hiciera en el preoperatorio.

No se han hallado otras revisiones en el C. EXT. DEL SERVICIO DE PEDIATRIA en la documentación facilitada.

E) SERVICIO DE HEMATOLOGIA

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ

1)30-04-09: el niño fue valorado en C. EXT. DE HEMATOLOGIA, remitido por su PEDIATRA por anemia congénita, para completar estudio. Entre los AP se registró: Fractura de cráneo en 05-08 (caída accidental de mesa quirúrgica), con hematoma con reabsorción posterior. AF: padre y abuela paterna con Talasemia minor. También se anotó que habla tenido 2 episodios sincopales a principios de abril (con TAC y EEG normales), en Tto con Depakine desde entonces.

Tras exploración (BEG y bien nutrido, entre otros) y analítica, se emitió el JC: "Anemia microcitica. Discreta elevación de transaminasas", y se recomendó revisión.

2)10-06-09: se anotó que actualmente estaba en Tto con Depakine. Exploración neurológica (entre otros) normal, bien nutrido. Analítica: anisocitosis, microcitosis e hipocromia (entre otros). Se registró que el estudio básico de Hemoglobinopatia era compatible con B Talasemia Heterocigota (T. minor).

Se emitió el Diagnóstico: "Beta Talasemia heterocigota. Anemia microcitica Persiste ligera elevación de transaminasas". Se indicó repetir estudio de Hemoglobinas cuando el niño tuviera 2 años, y se le citó a revisión.

3)16-07-09: se registró que el niño había estado ingresado en el SERVICIO DE NEUROLOGÍA hacia 10 días por episodio febril, después del cual le habían suspendido el Depakine (en pauta descendente), sin incidencias. Pendiente de revisión en 10-09 en NEUROLOGIA, CARDIOLOGIA Y HEPATOLOGIA (1ª cita por persistencia de T de transaminasas), y pendiente de estudio genético por rasgos dismórficos.

Tras exploración (bien nutrido, entre otros) y analítica, se indicó revisión, y se emitió el JC: " B Talasemia Heterocigota. Discreta elevación de transaminasas. Eosinofilia".

4) 20-08-09: se anotó que estaba siendo controlado por el SERVICIO DE NEUROLOGIA y el SERVICIO DE MAXILOFACIAL (IQ el 13.08-09 de paladar hendido, realizándole transfusión).

Tras exploración (BEG, bien nutrido,...) y analítica, se emitió como Diagnóstico: "B Talasemia heterocigota. No presenta eosinofitia. Transaminasas normales". Se recomendó revisión en 1109, y se indicó en Tto: "No precisa".

f) SERVICIO DE NEUROLOGIA

1)09-03-09: el niño fue atendido en URGENCIAS del H La Paz (H. INFANTIL), remitido por su Pediatra por haber presentado esa mañana 1 episodio de desconexión del medio con pérdida general de tono. Afebril. Tras exploración, fue dado de alta con el JC: "Crisis afebril, 1er episodio (atonía generalizada)", recomendando CONSULTA DE NEUROLOGIA.

2)10-03-09: acudió nuevamente a URGENCIAS por haber presentado 1 episodio similar, que también había cedido espontáneamente. Se solicitó TAC craneal y analítica, se emitió el JC: "Crisis afebril", y se ordenó ingreso en el SERVICIO DE NEUROLOGÍA.

Entre los AP se consignó que habla sido diagnosticado prenatalmente de labio leporino y fisura palatina izq. (IQ al mes de vida); y que había tenido una fractura craneal parietal izq. por caída en quirófano, con TAC normal, sin lesiones intracraneales, con buena evolución, habiendo sido controlado por el SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA que le había dado de alta.

También se consignó que el desarrollo psicomotor era normal. A la exploración: BEG, bien nutrido, psiquismo normal, exploración neurológica normal.

Se realizaron EEG y TAC, siendo ambos normales.

El 12-03-09 el niño fue dado de alta. En el Informe de alta se consignó que durante el ingreso no habla presentado ninguna crisis. Se emitió el JC: "Crisis convulsivas de origen no determinado. Antecedentes de TCE con fractura parietal izq. a los 2 meses". Se recomendó iniciar Tto con Depaldne y se indicó revisión en 10-09.

3)10-05-09: el paciente fue atendido en URGENCIAS del Hospital La Paz por presentar febrícula desde hacía 1 h. Los padres le notaban decaído y con tendencia al sueño. En Tto con Depakine. Tras exploración (T: 38'52), se emitió el JC "Se descarta patología urgente en el momento actual" y se pautó Tto si aparecía fiebre.

4) 03-07-09: el niño fue llevado a URGENCIAS del H. LA PAZ por fiebre de 3 días de evolución. T: 38#5ª, decaído, lengua seca. Tras exploración, se solicitó analítica y se decidió su ingreso en el SERVICIO DE NEUROLOGÇIA, con el JC: Fiebre (sin claro foco).

Entre los AP se consignó que estaba siendo estudiado por el SERVICIO DE HEMATOLOGÍA (para descartar Talasemia); que habla sufrido calda de la mesa de Q durante IQ por labio leporino, en seguimiento por NEUROCIRUGÍA (ya dado de alta), con 2 TAC normales; pendiente de IQ de paladar en unos días; visto en C. EXT. DE NEUROLOGÍA por crisis convulsivas, en Tto con Valproico; retraso principalmente motriz del desarrollo psicomotor, por lo que estaba acudiendo a CENTRO DE ESTIMULACIÓN PRECOZ.

A la exploración presentaba BEG, bien nutrido. Impresionaba de macrocefalia relativa, con pabellones auriculares de implantación algo baja, entre otros. Psiquismo parecía adecuado para su edad.

Se anotó que la madre refirió deseo de que permaneciera ingresado para estudio de las causas del retraso motor del niño. Se valoró solicitud de IC a PSICOLOGÍA/PSIQUIATRÍA para afrontar el problema.

Se solicitó analítica, EEG, IC al SERVICIO DE ANESTESIA para valoración prequirúrgica (pendiente de IQ para Tto de fisura palatina), IC al SERVICIO DE GENÉTICA para valorar ampliación del estudio genético ya realizado (en periodo neonatal) por presentar rasgos dismórficos y cierto retraso psicomotor, IC a HEPATOLOGÍA para valoración en C. EXT. por Transaminasas (Depakine en retirada).

El EEG fue normal. Analítica (entre otros): nivel de Valproico normal alto, transaminasas.

El niño fue valorado por el SERVICIO DE GENÉTICA que, tras exploración, emitió el JO: "Hallazgos sugestivos de alguna anomalía cromosómica...", recomendó analíticas especificas, e indicó revisión en Consulta con resultados.

También fue evaluado por el SERVICIO DE ANESTESIA, que solicitó analítica.

El 08-07-09 el niño fue dado de alta. En el Informe de alta se consignó, que la evolución habla sido buena, permaneciendo afebril desde el ingreso. También se registró que tras iniciar Tto con Depakine la madre creía que estaba más torpe, aparte del retraso motor previo, notándole hipoactivo en general, más desde el inicio del Tto con acido Valproico (Depakine). Reevaluando las características de las crisis previas relatadas, ante la no repetición de crisis y lo referido por la madre, se decidía iniciar (de acuerdo con ella) la suspensión del Ac. Valproico.

Se emitió el JD: "Retraso motor leve-moderado sin aparente retraso cognitivo (pendiente de ampliar estudio). Rasgos dismórficos. Crisis de tipo comicial, aparentemente única". Se pautó como Tto: Depakine en pauta descendente (a razón de 50 mg/d).

Se indicó revisión en la fecha pautada para 10-09 en C. EXT. DE NEUROLOGÍA, y se reflejó que la UNIDAD DE HEPATOLOGIA recomendaba revisión en sus C. EXT.

5) 06-10-09: el niño fue valorado en C. EXT DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA. Se reflejó que se diagnosticó al año de vida de crisis de origen no determinado, con antecedente de TCE a los 2 meses de vida. Leve retraso del desarrollo, con rasgos dismórficos. inició Tto con Depakine al año de vida, objetivando los padres desde entonces ralentización del desarrollo psicomotor; no lo tomaba desde los 16 meses, y continuaba sin crisis. También se consignó que hacia Fisioterapia y Estimulación, con evolución favorable. Estaba pendiente de estudio genético.

Se realizó exploración: cicatriz de labio leporino intervenido; Perim. cefálico: 49'5 (P75); motilidad ocular y facial normales; fuerza, tono y motilidad simétricos; buena manipulación; no temblor ni dismetría; reflejos normales; comprensión y comportamiento normales; marcha de principiante. Se solicitó EEG.

No se han hallado más revisiones en el SERVICIO DE NEUROLOGÍA en la documentación facilitada.

g) HEPATOLOGIA (SERVICIO. DE DIGESTIVO)

22-09-09: el paciente fue atendido en esta UNIDAD, remitido por NEUROLOGIA por transaminasas en 2 controles con 1 mes de intervalo, con Depakine en retirada.

Se consignó que la madre había notado mejoría en la fuerza y la motilidad tras suspender el Depakine. Pruebas metabólicas normales. Comía bien. Iba a empezar la Guardería

Se realizó exploración, registrándose (entre otros) que no presentaba visceromegalias, impresionaba de macrocefalia, con pestañas largas, cierta hipotonía.

No figuran anotadas pruebas diagnósticas solicitadas y/o recomendaciones, o revisiones posteriores en esta Unidad."

Al a vista de lo expuesto se concluye en el citado informe que " *Del análisis de toda la documentación facilitada (informáticamente), y conforme a los razonamientos desarrollados en la DISCUSIÓN, se deduce lo siguiente: La asistencia sanitaria prestada a Tomás (F. Nac.: NUM000 -2009) en el H. INFANTIL LA PAZ el 07-05-08 fue INADECUADA, pues sufrió una caída desde la mesa de quirófano al suelo durante el "despertar" tras la intervención practicada ese día (colocación de ortopedia intraoral prequirúrgica por labio y paladar hendidos), que parece que fue accidental. Dicha caída le produjo una fractura parietal izquierda con hematoma epidural que se reabsorbió espontáneamente, no habiendo podido demostrar que ocasionara secuelas."*

SEXTO.- Así las cosas es un hecho cierto , recogido en la Historia clínica y en todos los informes obrantes en las actuaciones que el menor Tomás , nacido el NUM000 de 2008, en el Hospital La Paz de Madrid

con fisura palatina y labio leporino izquierdos, ya diagnosticado durante el embarazo , fue intervenido por el Servicio de Cirugía Maxilofacial para colocación de dispositivo intraoral y que durante el proceso de despertar, tras la extubación, se produjo su caída accidental que no afectó a nivel de conciencia y a la que se prestó atención inmediata, mostrando un cefalohematoma parietal izquierdo - que se reabsorbió espontáneamente y sin precisar cirugía- , y ningún signo de repercusión hemodinámica por el traumatismo, con exploración neurológica normal, ingresando en reanimación, realizándose TAC ese mismo día a las 17 horas y otro de control el día siguiente.

Pues bien, como reconocen todas las partes litigantes, la caída del menor de la mesa de operaciones en el quirófano del Hospital de la Paz integra un supuesto de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada , contraria a la lex artis ad hoc, por falta de las más elementales normas necesaria vigilancia y cuidado.

SEPTIMO. - Afirmado lo anterior debemos examinar si los diferentes conceptos por los que se solicita indemnización en el presente procedimiento son atribuibles en la necesaria relación de causa efecto con la caída del menor de la mesa de operaciones.

Pues bien, ha quedado probado en las actuaciones que como consecuencia de la tan citada caída de Tomás , estuvo hospitalizado 4 días por la necesidad de mantener al niño en observación, estimando por ello acreditado este daño y por ende, procedente reconocer la indemnización por este concepto.

Por cuanto se refiere a la indemnización reclamada por la secuela de -Epilepsia de origen traumático, cumple manifestar que no ha quedado acreditado en las actuaciones que Tomás padezca esta enfermedad por las razones que pasamos a exponer.

En primer lugar debemos advertir que en el escrito de reclamación administrativa previa ninguna alusión se hace a esta secuela.

Por lo demás en ningún informe, apunte o documento en la historia clínica aparece diagnosticado que Tomás sufra epilepsia. .Tampoco se recoge este padecimiento como determinante del reconocido por la Comunidad de Madrid de una minusvalía del 33%al menor. Así las cosas correspondía a la parte recurrente acreditar que su hijo efectivamente sufre epilepsia y a estos efectos el informe pericial emitido por el Doctor David carece de la suficiente fuerza de convicción porque deduce de manera automática la existencia de este padecimiento del hecho de haber sufrido el menor dos "crisis afebriles convulsivas, con atonía generalizada" los días 9 y 10 de marzo de 2009, por lo que presupone sin ningún otro razonamiento, que probablemente puedan repetirse a lo largo de su vida. Por lo demás aporta con su informe la bibliografía por él consultada extraída de internet, en concreto de la **wikipedia** y de la guíainfantil.com, en la que se pone de manifiesto que son muchos los factores que pueden provocar crisis epilépticas en niños y que en 7 de cada 10 casos no se puede identificar causa alguna, sin perjuicio de reconocer como una de ellas los traumatismos craneales; que para diagnosticar un paciente de epiléptico se requiere, conocer sus antecedentes personales y familiares, y, que por lo general, se corrobora con un electroencefalograma (EEG), y que también forman parte del diagnóstico estudios de imageonología . Sin embargo, ninguna de estas pruebas aparecen referidas en su informe, siendo así que constan realizadas en el servicio de Neurología de la Paz tanto TAC como EGG tras las crisis sufridas con el menor con resultado de normalidad. Por otra parte, ninguna mención hace al hecho de desde el 8 de julio de 2009 .se hubiera suspendido el tratamiento pautado tras las crisis sufridas , sin que haya tenido lugar ninguna otra.

Tampoco podemos reconocer la indemnización solicitada por síndromes motores por disartria y síndromes psiquiátricos con trastorno orgánico de la personalidad de tipo leve por no haber quedado acreditada su relación de cusa efecto con la caída del menor de la mesa de operaciones De nuevo el informe aportado por la parte recurrente resulta poco concluyente porque no fundamenta con consideraciones y criterios médicos porqué entiende que dichos retrasos sean consecuencia de la caída y del traumatismo por ella producido, limitándose a consignar los desfases apreciados al menor y recogidos en el informe de seguimiento de APADIS así como que la Comunidad de Madrid ha reconocido al menor una minusvalía del 33.

Tampoco recoge en su informe otros datos de relevancia obrantes en la historia clínica como que el 3 de julio de 2009 en el servicio de Neurología del Hospital La Paz se objetivaron en el menor algunos rasgos dismórficos por lo que se solicitó IC al Servicio de Genética para ampliar estudio genético por presentar el niño esos rasgos y cierto retraso psicomotor, y que el Servicio de Genética consideró que los hallazgos objetivados en la exploración sugerían alguna anomalía cromosómica que pudiera explicar o justificar la patología neurológica por la que era estudiado.

La desestimación de esta partida indemnizatoria conlleva el rechazo de la indemnización reclamada por los gastos en que hasta la fecha de la demanda han incurrido los recurrentes y padres de Tomás , sin incluir las previsiones de los que seguirán afrontando en el futuro en centros especiales de estimulación: 400,47

euros, de los que 290,13 euros corresponden a los pagos realizados a APADIS (Centro de Atención Temprana) 36,7 euros , con natación de la piscina de El Molar y 73,56 euros se corresponden con las actividades de psicomotricidad del polideportivo del Ayuntamiento de Pedrezuela.

Por último, cumple manifestar que resulta innegable que el padecimiento de los padres de Tomás como consecuencia del dolor por la caída de su hijo de la mesa de operaciones así como la incertidumbre que este lamentable hecho les ha ocasionado sobre la salud de su hijo y su enorme preocupación ante las dos crisis por éste padecidas cuyo origen no ha sido determinado integra un daño indemnizable

En cuanto a la cuantía de la indemnización, esta Sala entiende procedente fijar la indemnización global, por los daños ocasionados por los 4 días de retraso de alta hospitalaria y por los daños morales sufridos por padres de Tomás en la cuantía global de **6.000** euros, ponderando el tiempo de sufrimiento y las circunstancias concurrentes, .cantidad que queda actualizada a la fecha de la presente resolución

OCTAVO.- -De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 139.1 LJCA no concurren motivos para hacer un pronunciamiento en materia de costas, según el tenor del art. 139.1 de la Ley Jurisdiccional .

VISTOS los preceptos citados y demás normas de procedente aplicación,

FALLAMOS

que estimando en parte el recurso contencioso administrativo interpuesto por el procurador Don Daniel Bufala Balmaseda, en nombre y representación de DOÑA Bibiana Y DON Leonardo , padres del menor Tomás , contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial por ellos presentada ante el Servicio Madrileño de la Salud, debemos anular y anulamos el acto presunto recurrido, condenando a la Administración demandada a indemnizar a los recurrentes en la cantidad de **6.000** euros ya actualizada a la fecha de la presente resolución, sin hacer expresa condena sobre las costas procesales causadas en la tramitación de este juicio.

Notifíquese a las partes la presente resolución indicándoles que contra la misma no cabe interponer recurso de casación.

Así, por esta nuestra sentencia de la que se llevará testimonio a las actuaciones, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el/la Ilmo/a. Sr/a. Magistrado/a Ponente D./Dña. Mª JESUS VEGAS TORRES, estando la Sala celebrando audiencia pública, de lo que, como Secretario, certifico el día 24 de octubre de 2012.

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ