



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 341/2019

(Sección 2<sup>a</sup>)

La Laguna, a 3 de octubre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excmo. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), en nombre y representación de su hija menor (...), por los daños sufridos por ésta como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 321/2019 IDS)*\*.

## FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 31 de agosto de 2017 a instancia de (...) y (...), en nombre y representación de su hija menor (...), por la asistencia sanitaria recibida por esta última en dependencias del SCS.

2. Se cuantifica la indemnización en 600.000 euros, más una pensión vitalicia de 3.000 euros al mes, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

3. Resulta aplicable la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común (en adelante LPACAP) y el art. 32 y ss. de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa de los reclamantes: (...) y (...), padres y representantes legales de la menor (...), la cual sufre una isquemia medular tras una intervención quirúrgica para la reparación de una coartación aórtica, mediante la técnica de anastomosis término-terminal.

La legitimación pasiva la ostenta el SCS, titular del servicio público sanitario.

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

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

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP).

## II

La reclamación, presentada por correo postal el 31 de agosto de 2017 y con entrada en la Consejería de Sanidad el 6 de septiembre de 2017, se fundamenta en los siguientes hechos:

«Se inician en el Hospital Universitario de Canarias, donde el Servicio de Cardiología Pediátrica, detecta que mi hija (...), nacida el 08/12/2012, presenta una coartación aórtica y recomienda la realización de un cateterismo de diagnosis.

El cateterismo se realiza por la Unidad de Cardiología Pediátrica del HUC. Al momento de dicho estudio, no presentó problemas, y se confirma la coartación aórtica. Pero luego se detecta merma o reducción del pulso de los miembros inferiores de la niña, porque en la zona de actuación, que presenta hematomas visibles, se reduce la velocidad del flujo sanguíneo. Por este motivo, la niña permaneció ingresada durante tres días en el HUC, en el que se hizo seguimiento para comprobar la evolución de la no detección de los pulsos, acompañado de

otras pruebas específicas tales como eco-doppler de las arterias femorales. Recibe el alta sin mejorar la situación, citándonos para posterior consulta externa de cardiología pediátrica del HUC. La niña presenta limitaciones que no tenía al ingreso en el Hospital, como la limitación del pulso; pese a ello, como ya se indicó, se le dio el alta tres días después, el 24-06-2016, afirmando que la iban a trasladar a la Unidad Médico Quirúrgica del Hospital Materno Infantil de Las Palmas de G.C.

El Servicio de Cardiología del HUC emite informe de 5 de julio de 2016, en la consulta externa programada, pidiendo que se solicite del citado Hospital Materno Infantil de Las Palmas de G.C. la práctica de "canalización" al tratarse de una patología subsidiaria de corrección quirúrgica y ante la ausencia de un Servicio de Cirugía Pediátrica Infantil en nuestro Centro". Corrección de algo que no se ejecutó bien, sea por el incorrecto empleo del catéter o por una mala praxis en el empleo de las técnicas requeridas.

Al pedir opinión a otros profesionales sobre el problema se estima como probabilidad más certera la de que el catéter utilizado de '5 fr' (cinco french) era de excesivo diámetro y que debió utilizarse uno de '3 fr' (tres french), y que aquél pudo dañar las paredes de la arteria femoral y aorta, generando un espasmo arterial iatrogénico en las mismas.

En la citada consulta externa del HUC, del día 05-07-2016, nos informan que el próximo día 12-07-2016 le realizarían en el Hospital Materno Infantil de Las Palmas de G.C. la intervención quirúrgica que estimaban necesaria para subsanar la coartación de la aorta, y el día anterior a la intervención, esto es, el 11-07-2016, los facultativos nos explicaron detalladamente la intervención que tendría lugar, y entre otros nos informaron que el momento clave residiría al cortar la parte de arteria deteriorada y volver a unirla, en lo que tardarían cinco minutos. Sin embargo, en tan delicada y esencial operación, tardaron el poco explicable tiempo de treinta y nueve minutos según información facilitada. ¿Qué riesgos generó tal prolongación de tiempo en una situación tan delicada? No es este el momento de definirlos, pero se deja planteada la cuestión para el futuro.

Tras la intervención la niña fue trasladada a la UMI del Hospital Materno Infantil de Las Palmas de G.C., para proceder a la recuperación postquirúrgica, y el posterior traslado a planta. Tras nueve días de ingreso (entre el 11-07-2016 y el 20-07-2016), recibe el alta de esta unidad, aun presentando la niña dolores abdominales, dificultad para ponerse en pie y para la normal deambulación; ese conjunto de síntomas se manifestaron durante todo el período mientras estuvo ingresada tras la operación.

Somos citados por los facultativos de la intervención el día 22-07-2016 para la revisión de la herida de la intervención, en cuya cita se insiste que la niña continua con dolores abdominales, dificultad para ponerse en pie y para la normal deambulación.

Para ello, los facultativos reclaman la presencia de un especialista del departamento de Neurología del Hospital Materno Infantil de Las Palmas de G.C., de cuya actuación se deriva el

informe de la Dra. (...), que se supone que es médico del Servicio de Neurología del Hospital Materno Infantil de Las Palmas de G.C., en el que recomienda seguimiento por parte del Servicio de Rehabilitación que corresponda para valoración de tratamiento fisioterapéutico, sin cuestionarse la necesidad de proponer las pruebas que fueran necesarias para determinar el origen de las dificultades que la niña presenta tras la operación, de no ponerse en pie y deambular con normalidad, limitándose a relacionar tales dificultades de la niña a dolores causados por la herida de la intervención, sin más.

En fecha 25 de julio de 2016 acudimos al Servicio de Urgencias del HUC debido a que la niña presenta un dolor agudo en el abdomen, similar al que viene dándose desde la intervención; el diagnóstico es que se debe a estreñimiento.

A partir de esta fecha, la niña es derivada al Servicio de Rehabilitación del HUC, en el que le prescriben rehabilitación con fisioterapeuta en el mismo centro, y traslada al Servicio de Neurología el caso para estudios específicos tras sospechar posible lesión medular. En el período que transcurre entre el alta de la operación y el día 01-09-2016, la niña sigue acudiendo a diversas consultas externas de cardiología en el HUC, y para realización de pruebas programadas, entre ellas la iRM medular y craneal.

El 01-09-2016, acudimos a la consulta de Neurología Pediátrica para conocer los resultados de la iRM medular y craneal, en la que se nos comunica y que incluye el informe que se aprecia (...) "alteración en la señal de la sustancia gris central de médula espinal sin efecto expansivo significativo desde el nivel D-11-D12 hasta el cono medular que sugiere isquemia medular a correlacionar con presentación clínica.

Tras el diagnóstico de la lesión medular, los padres de la niña tuvimos que promover por nuestra cuenta el acceso a contar con el amparo de la Unidad de Lesionados Medulares del Hospital de Las Palmas de G.C., puesto que ningún facultativo de los consultados nos derivó, y ni tan siquiera nos mencionó, en ningún momento la existencia de esta Unidad especializada, que además es la única en Canarias.

En los más recientes informes (9.9-1 del Hospital de la Candelaria, 18-9-16; del Servicio de Cardiología de 15 y 27-09-16; 1-2 y 5-2017) se mantienen las mismas conclusiones sobre la isquemia medular postquirúrgica y la sospecha de preexitación.

Tras el diagnóstico de la lesión medular, inicia tratamiento específico en la Unidad de Rehabilitación del Hospital de La Palma (por traslado temporal de domicilio de los padres por motivos laborales), con cuatro sesiones semanales de fisioterapia. Tras varios meses, se le reducen las sesiones a tres semanales. Durante este período, la niña consigue ponerse de pie y caminar con muchas dificultades, y comienza a manifestar problemas de incontinencia urinaria y estreñimiento crónico. Para ello, se acude a consulta externa programada con la Unidad de Nefrología Infantil de la Candelaria, por sus problemas renales congénitos, en la que se da a conocer a los especialistas la nueva problemática.

Esta Unidad emite informe, de Nefrología Infantil del Hospital de la Candelaria de 08-05-2017, en el que establece la situación de mi hija en los siguientes términos “Reflujo vésicouretral bilateral (grado IV RD y VR); lesión medular secundaria a intervención, enuresis y encofresis Secundaria; infecciones urinarias de repetición (3), Hipercalciuria e hipocitraturia, intolerancia a las proteínas de leche de vaca (...) debido a su estado actual la paciente necesita cuidado continuo por parte de sus padres debido a su dependencia, con posibilidad en un futuro de precisar sondajes urinarios intermitentes”.

La Unidad de Nefrología Infantil de la Candelaria, deriva a las unidades de Cirugía Digestiva y de Urología para tratar la incontinencia urinaria y el estreñimiento crónico, tratamiento que se está llevando a cabo en la actualidad.

En esta crítica situación, el Servicio o Unidad de Rehabilitación del Hospital de La Palma, que ha venido prestando la asistencia de la menor en dicha especialidad médica, ha suspendido temporalmente durante tres meses (julio. a octubre de 2017) las sesiones de rehabilitación con fisioterapeuta por considerar que necesitaba la niña un descanso terapéutico, lo que en tan solo un mes ha repercutido negativamente en su evolución, tanto en la deambulación como en el control de los esfínteres.

Todo lo expuesto se dirige a dejar patente que mi hija ingresó en los centros sanitarios del Servicio Canario de Salud solo con un problema cardíaco y hoy, se halla en la clamorosa situación que se describen en todos los informes de los distintos Servicios de especialidades médicas a los que acude, por la prestación de unos servicios que lejos de mejorar la salud de mi hija, la han agravado».

Como consecuencia de todo ello, solicitan la apertura del correspondiente expediente por los problemas producidos presuntamente por la intervención quirúrgica que han agravado la salud y empeorado la calidad de vida de su hija menor, que se interrumpa cualquier tipo de prescripción de acciones, continuando con los tratamientos de la menor y reservándose las acciones para la reparación de los daños y perjuicios a que tenga derecho la menor como indemnización.

### III

1. Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial han sido los siguientes:

1.1. El padre de la menor presenta en Correos el 31 de agosto de 2017 su reclamación inicial. Posteriormente, en escrito de mejora de la reclamación presentado el 23 de octubre de 2017, se adhiere a la reclamación también (...), madre de la menor. En este escrito se cuantifica la reclamación y se aportan medios de prueba, solicitándose la práctica de la misma.

1.2. Por Resolución de 24 de octubre de 2017, se admite a trámite la reclamación formulada. Se notifica al interesado el 3 de noviembre de 2017. Asimismo, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la vista de los informes preceptivos correspondientes y de la historia clínica de la paciente.

1.3. El 25 de febrero de 2019, se emite informe por parte del SIP, una vez recabados los informes de los Servicios médicos intervenientes (Cirugía cardiaca infantil, Cardiología, Nefrología, Urología, Endocrinología y Neurología Pediátrica, entre otros) en las patologías de la paciente y a la vista de la historia clínica de la misma.

1.4. El 2 de mayo de 2019, se dicta Acuerdo Probatorio, admitiendo las pruebas propuestas por las partes. Se notifica el Acuerdo Probatorio a los interesados el 9 de mayo de 2019.

1.5. Concluido el trámite probatorio, el 29 de mayo de 2019, se confiere trámite de audiencia al interesado, a fin de que en el plazo de diez días hábiles pueda acceder a su expediente y alegar lo que considere oportuno.

El 1 de julio de 2019, tras petición de ampliación de plazo, el interesado aporta escrito de alegaciones (folios n.º 1092-1120) insistiendo en la mala praxis médica de la que derivó daños desproporcionados para la menor.

1.6. No se emite informe por el Servicio Jurídico, lo cual se justifica en la Propuesta de Resolución en que se trata de una cuestión ya tratada en diversos informes de la Asesoría Jurídica Departamental, entre otros, el Informe AJS 189/17-C (ERP 103/15) que considera conforme a Derecho el borrador de Resolución desestimatoria, dado que los riesgos materializados tras la intervención fueron previamente asumidos con la firma del documento del Consentimiento Informado.

1.7. La propuesta de Resolución del Secretario General del SCS se suscribe el 15 de julio de 2019.

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

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

## IV

1. El SIP, en su informe de 25 de febrero de 2019, efectúa, apoyándose en el historial clínico y documentación médica de la paciente, la siguiente relación de hechos:

«- Menor, nacida el 8 de diciembre de 2012 por cesárea, pretérmino de 35 semanas a causa de podálico, hidrocefalia externa benigna, tortícolis congénita, presentó al nacer reflujo vésico-uretral, megaureter derecho secundario, riñón derecho hipoplásico y funcionante, riñón izquierdo hipertrófico, coartación aórtica- diagnosticada el 18 de noviembre de 2014- HLA estadío 2 secundaria a tratamiento. Entre sus antecedentes: Tosferina sufrida con un mes de vida. Seguimiento por el Servicio de Nefrología del HUNSC desde los seis meses.

- En control de Neonatos del HUNSC, a la edad de dos años, se refiere desarrollo psicomotor existente al límite y en diciembre de 2015, ligero retraso de adquisición del lenguaje.

- Seguimiento por el Servicio de Rehabilitación del HUC en los primeros meses de vida por asimetría del uso de los miembros superiores, actitud cervical no limitante y plagiocefalia derecha postural leve. Pies planos.

- En agosto de 2015, consulta de pediatría del HUC, remitida por su pediatra, por pie varo izquierdo. Diagnóstico: Endogirismo leve en marcha por anteversión femoral. Se remite a Rehabilitación.

- Ante la presencia de coartación aórtica se decide realizar cateterismo cardíaco, para lo que ingresa en el HUC el 20 de junio de 2016. Tras la realización de la prueba el 21 de junio de 2016, diagnóstico: Coartación diagnóstica con repercusión moderada-severa. El procedimiento diagnóstico transcurre sin incidencias, con buena evolución. Consta en la historia clínica (HC): "se detecta únicamente de manera intermitente y durante el ingreso cierta debilidad del pulso pedio derecho respecto del contralateral, manteniéndose adecuado relleno capilar, colocación y temperatura en todo momento."

- El 22 de junio de 2016 se realiza electrocardiograma: Morfología normal cardíaca, todo normal salvo la existencia de aórtico izquierdo de la coartación aórtica y la presencia de repercusión hemodinámica, con flujo en la aorta abdominal alterado. Ese mismo día se realiza Eco-doppler arterial bilateral de MMII: Miembro inferior derecho a nivel inguinal de la arteria femoral común y la superficial permeables, pero con flujos de velocidad baja en probable relación con espasmo arterial tras cateterismo, en pierna izquierda flujos normales.

- El 24 de junio de 2016, se realiza nueva Eco- Doppler venoso bilateral de MMII con igual resultado.

- Tras las pruebas se mantiene a la paciente en la Unidad hospitalaria del Servicio de COT Pediátrico, con el miembro inferior derecho inmovilizado. La menor permanece asintomática y en la evolución se detecta de manera intermitente cierta debilidad de pulso pedio derecho con respecto al contralateral, con relleno capilar, coloración y temperatura adecuada en todo momento. Buena movilización de dedos. Dada buena evolución, se realiza el alta para su traslado a la planta de hospitalización.

- Juicio diagnóstico: Coartación de aorta moderada a severa con repercusión, HTA estadío 2 y hematoma en región inguinal iatrogénico.

- Recibe el alta el 24 de junio de 2016. El Servicio de Cardiología informa a los padres sobre los resultados de las pruebas y sobre la necesidad de intervención quirúrgica en el CHUIMI, Servicio de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas.

- El 11 de julio de 2016, la menor ingresa en el CHUIMI, para cirugía programada. Se informa a los padres sobre la patología de la paciente y del procedimiento a realizar, así como de los posibles riesgos y complicaciones. Los padres firman el consentimiento informado. Se realiza valoración de Anestesia y preoperatorio completo.

- El 12 de julio de 2016 es intervenida de reparación aórtica mediante anastomosis termino-terminal (con clampaje, 39 minutos), se realizó toracotomía posterolateral izquierda entrando a través del cuarto espacio intercostal. Al encontrar el arco aórtico alejado de dicha zona, se abre también por el espacio superior, pudiendo acceder al arco aórtico, para proceder a su disección hasta la salida de la arteria carótida izquierda (...) se disecan y controlan con vessel-loop la arteria subclavia izquierda, ligamento ductal, aorta descendente y ramas intercostales. Se identifica y preserva nervio laríngeo izquierdo.

- Se procede a clipaje del ligamento ductal y sección del mismo, enfriamiento de la paciente hasta 35°.

Clampaje aórtico a nivel del arco distal preservando flujo braquiocefálico y carótida izquierda, y clampaje de aorta descendente. Apertura de aorta inmediatamente superior a la zona de inserción del ligamento ductal. Se objetiva la existencia de una membrana circunferencial en la luz aórtica, que produce severa disminución de su calibre interno y se realiza resección del segmento afecto. Se aprecia además pared aórtica fina a nivel del cabo proximal en su zona posterior.

- A anastomosis término-terminal aórtica con sutura continua (...) desclampaje distal y luego proximal, objetivando sangrado a nivel de la anastomosis en cara posterior, que se controla con homeostáticos, gradiente de presión moderado por TA invasiva inicialmente, que va disminuyendo progresivamente durante la estancia en quirófano, la zona de anastomosis presenta buen calibre macroscópico, con latido distal conservado en todo momento. Hemostasis cuidadosa y prolongada hasta objetivar ausencia de sangrado, cierre de pleura mediastínica con puntos (...) se implanta un drenaje torácico y se cierran los espacios

inercostales (...) cierres por plano según técnica convencional, piel con sutura intradérmica, la paciente se traslada a la UMI en estabilidad hemodinámica sin necesidad de inotrópicos.

- Extubada en UMI a las cinco horas de ingreso, sin complicaciones respiratorias, acidosis metabólica inicial que se corrige, HTA leve que se corrige igualmente. Deterioro inicial de la función renal normalizada a las treinta y seis horas de ingreso.

- Posteriores controles con Rx de tórax, el 13 de julio de 2016 con control postoperatorio ecocardiográfico, con buen resultado de cirugía.

- El 15 de julio de 2016, alta a planta de hospitalización, al tercer día quirúrgico, durante el ingreso refiere dolor abdominal. Sin patología objetivable. La niña está inmovilizada tras la cirugía. Cuando se puede movilizar refiere dolor en los MMII, que creen debido a las vías vasculares en zona inguinal, femoral.

- El 20 de julio de 2016, recibe el alta en el CHUIMI, tras ocho días de ingreso.

- El 22 de julio de 2016, en revisión de Cardiología, los padres refieren que el paciente no quiere ponerse de pie ni caminar. Observan dolor fluctuante con predominio en MMII, con rechazo de la deambulación y bipedestación. Se solicita valoración a Neurología pediátrica, que la valora ese mismo día. Se observa fuerza conservada en MMSS, buen tono, fuerza y trofismo con MMII tendentes a flexión, aunque logra extensión completa con dolor a la extensión de forma espontánea, con ROTs (reflejos) presentes. Se mantiene en sedestación autónoma, pero no bipedestación ni marcha, cerebro y coordinación normales. No se encuentra patología de valoración urgente. Se recomienda seguimiento por el Servicio de Rehabilitación en Tenerife para tratamiento fisioterapéutico y seguimiento.

- El 27 de julio de 2016, acude al Servicio de Rehabilitación. Diagnóstico: Incapacidad para marcha tras cirugía cardíaca, en estudio. Tras Eco-Doppler solicitado en ambos MMII, no se observan hematomas ni pseudoaneurismas. Realizada EMG, resultado normal.

- La estimulación magnética transcraneal realizada en MMII el 29 de julio de 2016, también es normal.

- El 23 de agosto de 2016, el Servicio de Pediatría del HUC informa: "Paciente niña, de tres años remitida por Cardiología pediátrica por imposibilidad para la marcha tras intervención quirúrgica de coartación aórtica, hace un mes y once días." Se solicita estudio neurofisiológico y comienza rehabilitación diaria. El Servicio de Pediatría del HUC hace juicio diagnóstico de probable complicación postquirúrgica a estudio, sospecha de afectación medular. Se solicita RM medular y craneal. Se solicita a Neurofisiología que en función de RM se realizará EMG de MMII proximal.

- El 1 de septiembre de 2019, la RMN craneal es normal, igualmente la Angioresonancia magnética vascular. En la RMN de médula espinal se observa alteración de la señal de la sustancia gris central de médula espinal sin efecto expansivo significativo desde D11- D12

hasta cono medular, que sugiere isquemia medular a correlacionar con presencia clínica. Estructura ósea y discos intervertebrales sin alteraciones.

- Es derivada a la Unidad de medulares de Las Palmas con controles de neurología en Tenerife.

- El 15 de septiembre de 2016, en seguimiento pediátrico, la orientación diagnóstica es de coartación aórtica con anastomosis termino-terminal, isquemia medular postquirúrgica, HTA. Sospecha de preexitación.

- El 21 de septiembre de 2016, la Unidad de Lesionados Medulares de Las Palmas, realiza la siguiente valoración: "tras cirugía la niña tiene imposibilidad para la bipedestación y marcha. Ha sido valorada por los Servicios de Neuropediatria. Cardiología, Nefrología y Rehabilitación del HUC, donde acude cuatro días a la semana a Rehabilitación.

- El 27 de octubre de 2016, la situación en la revisión cardiológica es la siguiente: "refiere mejoría de la debilidad de las EEII, ya camina sola, aunque con inseguridad." Asintomática desde el punto de vista cardiológico. Seguimiento por Neuropediatria, Rehabilitación y Fisioterapia.

- El 4 de mayo de 2017 se anota en su HC que estuvo ingresada por importante deterioro de la función renal. Se normaliza a las treinta y seis horas del ingreso. Posteriormente, importante incontinencia urinaria y encopresis con estreñimiento pertinaz. Pendiente de estudio de Urodinamia.

- Refieren los padres que mejoró mucho en la marcha y ahora permanece estancada, sigue con TA controlada y sin tratamiento. Tras ecocardiograma, datos de aorta normales. Se suspende tratamiento antihipertensivo.

- El 8 de mayo de 2017, el Servicio de Nefrología del HUC informa que el problema de reflujo vesico-uretral está resuelto. Diagnóstico principal: Hipodisplasia renal derecha, megaureter derecho. HTA severa secundaria a coartación de aorta intervenida, actualmente HTA con tratamiento.

- El 25 de mayo de 2017, en el HUNSC, consulta en Cirugía Pediátrica por incontinencia urinaria y fecal, refieren lesión medular probable vejiga- intestino neurógeno. El 27 de octubre de 2017 se realiza en el HUC, RMN de columna dorsal, lumbar y sacra, no evidenciando protusiones, ni herniaciones discales (...) las raíces de cola de caballo presentan una morfología y señal dentro de la normalidad, sin datos de valor patológico. Pequeña área de aumento de señal en la vertiente anterior derecha e izquierda de médula dorsal baja a la altura D11 y D12, ya presente en el estudio previo de agosto de 2016 y sugestivo, dado sus antecedentes de la paciente de pequeños cambios isquémicos, secundarios a la cirugía cardíaca. El 30 de octubre de 2017, el Servicio de Rehabilitación hace constar que la niña tiene buen control cefálico, buen control de tronco y una buena manipulación de manos. Leve debilidad distal de MMII, que le provocan una marcha con arrastre de los pies y aumento

importante de la base de sustentación (...) . En mayo de 2018, se adaptan cazoletas (con huecos en la férula) para que la marcha sea más fisiológica. Posible alta en septiembre de 2018, por parte del Servicio de Rehabilitación.

- En diciembre de 2017, el equipo de valoración de discapacidad, determina un 65 % en total, teniendo en cuenta no sólo la lesión medular sino igualmente la afectación congénita cardíaca y renal, por toda la patología que sufre».

## 2. El SIP, en el citado informe, llega a las siguientes conclusiones:

«1.- Tras detallar la historia clínica se comprueba la existencia de los correspondientes consentimientos informados, firmados previamente en cada una de las intervenciones. Tanto para las pruebas diagnósticas que necesitan dicho documento como es el cateterismo cardíaco efectuado a la menor en el HUC en junio de 2016, y el correspondiente para la intervención quirúrgica efectuada en el CHUIMI en julio de 2016. En dichos consentimientos informados se “informa” en que consiste la prueba, lo que se efectúa, los riesgos y las consecuencias. Muy destacable es el hecho incuestionable de la necesidad y obligatoriedad de realizar lo mejor para la menor. La menor presentaba una patología cardíaca congénita que requería intervención quirúrgica y que no tiene otro tratamiento válido, hoy en día, que la cirugía cardíaca tal como se realizó.

Estamos hablando de riesgo para la vida, es una cirugía obligada y el cateterismo cardíaco realizado previamente a dicha intervención quirúrgica es la mejor prueba que identifica el alcance de la lesión y que en este caso sirvió para definir la gravedad de la misma y encaminar a la paciente a la cirugía. No hay alternativa a la cirugía, y ello es firmado en el consentimiento.

A su vez el Cardiólogo que asiste a la menor en el HUC informa de los resultados del cateterismo a los padres y la necesidad de tomar una decisión de tratamiento en sesión clínica con el Servicio de Cirugía cardíaca infantil del CHUIMI.

Los padres, previamente a la cirugía está claramente definido que estaban bien informados. Son variadas pruebas, controles, contactos con los distintos servicios médicos y de enfermería, tratamientos, informes (...), que demuestran la praxis médica efectuada, relatándose las pruebas diagnósticas, los servicios relacionados con la paciente, los tratamientos pautados, los controles con el Servicio de Cardiología, Nefrología, Urología, Endocrinología, Rehabilitación, sesiones de fisioterapia, cuidados de enfermería etc. tanto antes del cateterismo cardíaco como después e igualmente antes y posteriormente a la intervención quirúrgica.

2.- En la reclamación patrimonial efectuada en nombre de la menor (...), se alega que se perjudicó la calidad de vida de la paciente y agravado la salud de la misma. Ante ello referir que la paciente presentó patología congénita grave, que de no intervenir la vida de la menor

peligra, bien le podía ocasionar la muerte, o bien problemas cardiológicos, cerebrales y generales graves.

3.- El cateterismo cardíaco se realiza por necesidad, tras el mismo se produce hematoma, que se reabsorbe posteriormente y se halla una disminución de la circulación en la extremidad inferior derecha, que no afecta al trofismo, movilidad (...) etc. de la extremidad y tras diagnóstico rápido se efectúa también tratamiento oportuno.

Vasospasmo transitorio con recuperación del mismo tras tratamiento. Este problema sufrido es algo menor, leve, si se ha firmado un consentimiento en el que los riesgos que tiene la realización de dicho cateterismo son severísimos, así se contempla la perforación cardíaca, neumotórax, hemorragias, insuficiencia cardíaca, infarto etc (...). No se demuestra mala praxis en la realización del cateterismo cardíaco.

4.- A su vez, los padres sabían el tipo de cirugía a la que se enfrentaban. Cuando leemos el consentimiento informado firmado, este dice: "a título orientativo se debe saber que el riesgo de mortalidad global en cirugía de cardiopatías congénitas es alrededor de un 10 a 14%". Que derivado del propio acto quirúrgico se apuntan "las complicaciones hemorrágicas (...). Que el mismo método científico y técnico empleado lleva a riesgos por sí mismos en otros órganos (...). Que como riesgo importante se señalan las secuelas neurológicas (...). importantes que pueden llevar al coma (...)".

Los riesgos se comentan, a su vez, verbalmente con los padres. El que tras eliminación de la coartación aórtica quirúrgica se detectara en el mismo acto quirúrgico una salida de sangre que se controla con homeostáticos, que se subsanó con prontitud, no creemos sea la causa de la isquemia medular sufrida y diagnosticada posteriormente. A su vez el clampaje entra de lleno en los tiempos que se consideran como habituales en estos casos. Si no hay clampaje no hay cirugía es inherente a la misma. A su vez en la literatura científica figuran casos con clampajes superiores en tiempo de lo considerado sin sufrir daño alguno el paciente, y al revés, con menos duración de lo habitual y problemas posteriores en el paciente.

De todas formas, está contemplado en el consentimiento informado, y la hemorragia no fue una hemorragia severa y se resolvió con tratamiento médico.

Lo más probable es que la causa de la isquemia medular y sufrida sea la suma de distintos factores el procedimiento quirúrgico utilizado más la respuesta individual de la paciente al mismo, la anatomía diversa e individual de las diversas ramas intercostales que irrigan a la arteria espinal, con gran variedad anatómica, la tensión arterial etc (...).

Ello se refrenda porque sabemos que está estudiado y demostrado que: "el compromiso medular es una de las posibles complicaciones graves que pueden presentarse como consecuencia de un flujo medular insuficiente en la corrección quirúrgica de la coartación de

la aorta. Su frecuencia de aparición se ha comunicado en un 0,5% a 1,4%, según distintas series.

Factores múltiples, desde el simple clampeo aórtico, el incremento de la presión del líquido cerebroespinal, la hipertermia durante el clampeo y el sacrificio de ramas intercostales "críticas", se consideran responsables de la lesión medular. Sin embargo, ninguno de ellos se puede considerar un factor causal en forma aislada." La afectación medular producida es por isquemia, o sea un déficit de irrigación a la misma, la médula es una formación neurológica, su papel es la inervación de distintos tramos del cuerpo, o sea ocurre una afectación neurológica contemplada en el consentimiento informado.

Así está estudiado y demostrado que: "la presentación de esta complicación es impredecible y no existe ningún método que solo o asociado tenga un 100% de eficacia en la detección y/o prevención de esta complicación ".

La cirugía de coartación de aorta llega a buen término que era la intención, la HTA se controla. La menor deja de tener un riesgo cardíaco grave. Se eliminó la coartación que ponía en peligro su vida.

Tras lo estudiado por este servicio, no se valora ni se plantea mala praxis.

Se demuestra que se ponen a favor de la paciente las pruebas diagnósticas, los tratamientos oportunos, adecuados al caso clínico y en el momento necesario tras el diagnóstico.

5.- Las molestias abdominales fueron inespecíficas, con exploración abdominal normal. Tras la inmovilización que sufre la paciente tras la cirugía no se comprueba por la misma inmovilización obligada de la paciente, problemas en los MMII, y cuando se puede movilizar la menor, el dolor en las extremidades se asocia a las vías venosas utilizadas, en las extremidades, en la ingle, en zona femoral, porque esta zona le duele. Pero el día 22 de julio ya de alta hospitalaria los padres refieren que la menor continúa sin querer ponerse en pie, ante lo cual reclama el Servicio de Cardiología la ayuda del de Neurología Pediátrica del CHUIMI. Por tanto, el Servicio de Neurología Pediátrica del CHUIMI es requerido por el Servicio de Cirugía Cardíaca del mismo hospital para que valore a la paciente por presentar y cita textualmente el contenido de la interconsulta: "dificultad para extensión de las rodillas. La menor en el postoperatorio presenta buena evolución, buena movilidad de MMII, sin alteraciones neurovasculares aparentes," el informe solicitado a la Unidad de Neurología Pediátrica expone que "la paciente se encuentra en la sala de espera para traslado inminente mediante vuelo regular" a Tenerife, su lugar de residencia. El mismo día de la solicitud efectuada es valorada por el Servicio de Neurología. Tras exploración neurológica general no se hallan datos de patología cerebral ni cerebelosas, nada que requiera intervención urgente, coordinación normal, pares craneales normales, paciente conectada y colaboradora. Fuerza conservada, y se halla en los MMII tendencia a la flexión, realiza extensión completa de las

mismos pero con dolor, reflejos normales presentes, aunque vivos, negativa por dolor a mantenerse de pie o deambular.

Considera el Neurólogo primero seguimiento y estudio por el Servicio de Rehabilitación y posteriormente según evolución pruebas complementarias. Y ello es lo que se realiza a continuación en la isla de Tenerife, se siguió el mismo criterio, sin realización de pruebas urgentes, estas se realizan tras observar evolución. Además, es lo que se refleja en la bibliografía y estudios médicos, el tratamiento es la Rehabilitación.

En todo caso ello no repercute en el resultado final. No se objetivó que se debiera realizar alguna actuación urgente. Y la Rehabilitación si se demostró era pertinente, básica, necesaria y así se realizó y se realiza, tanto para para la paraparesia en las MMII como para los problemas de micción y defecación existentes.

La mejoría va presentándose, aunque lentamente.

6.- a. Eran conocidos previamente los peligros de la intervención quirúrgica.

b. Que la intervención es obligada para la vida de la paciente.

c. Los riesgos derivados de la misma se asumen como posibles tras firmar el consentimiento informado.

d. Se determina por los estudios y bibliografía existentes que el riesgo de la afectación neurológica es impredecible, no existe ningún método que tenga el 100% de eficacia tanto en la detección como en la prevención de esta complicación.

e. La afectación neurológica ocurre como explicamos por un flujo medular insuficiente en la corrección quirúrgica de la coartación aórtica.

Hemos valorado los posibles factores, pero ninguno de ellos se puede considerar causante de forma aislada.

Los avances de la cirugía cardíaca no logran evitar el riesgo neurológico».

3. Por su parte, el informe pericial de parte aportado por los interesados [Dr. (...)], llega a las siguientes conclusiones:

«1.- La niña (...) fue intervenida quirúrgicamente de una coartación distal al cayado aórtico.

2.- En el transcurso de la intervención quirúrgica sufrió una hemorragia en la cara posterior de la unión de ambos extremos de la aorta suturados que se controló mediante hemostáticos.

3.- El tiempo quirúrgico fue de 39 minutos, careciéndose del informe de la operación, la prolongación de la isquemia producida por la falta de circulación debida al clampaje de la amia distal provocó la lesión medular desde la D 11-D 12 hasta el cono medular.

4.- Esta lesión medular produjo una paraparesia importante de miembros inferiores y una vejiga intestino-neurógena con incontinencia urinaria y estreñimiento crónico con necesidad de utilizar enemas.

5.- Como consecuencia de estas patologías le ha sido reconocido un grado total de discapacidad del 65 %, con 10 puntos del Baremo de movilidad y g.t.

6.- Va a necesitar durante toda su vida de cuidados médicos, tratamiento rehabilitador, con posibilidad de necesitar la utilización de mtesis, silla de ruedas etc.

7.- En aplicación de manera orientativa del baremo para accidentes de tráfico de la ley 35/2025 le corresponden 65 puntos de secuelas físicas, 35 puntos de perjuicio estético y 304 días de pérdida temporal de calidad de vida moderada, teniendo un perjuicio moral muy grave por pérdida de calidad de vida ocasionado por las secuelas con necesidad de asistencia futura de por vida».

## V

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, partiendo de la valoración conjunta de la prueba practicada en el expediente administrativo.

Se concluye a la vista de los informes médicos, tanto de la Administración como de parte, que se eligió el procedimiento quirúrgico más adecuado al caso de la paciente, que presentaba una coartación de aorta moderada severa con repercusión e hipertensión arterial, proporcionando información completa a los padres de la menor, que conocieron las consecuencias que podía sufrir. La paciente presentaba una patología compleja congénita: cardiopatía, problemas renales, hipertensión (...), que hacían complejo e incierto el resultado de la intervención, prestando el consentimiento para su realización.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre y 69/2019, de 28 de febrero), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un

parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

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

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

3. Otro de los presupuestos necesarios para una adecuada práctica médica es el consentimiento informado exigido en los arts. 8 y siguientes de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

Como de forma constante ha sostenido la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición del paciente los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también que aquél reciba cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

En este sentido, la Ley 41/2002 enuncia en su art. 2, entre sus principios básicos, la exigencia, con carácter general, del previo y preceptivo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada y que se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley (apartado 2). Asimismo, queda recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (apartado 3 del mismo precepto), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (apartado 4). El art. 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarlo a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el art. 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que lo atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el art. 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, su art. 8.2 determina que el consentimiento será verbal por regla general, salvo en los supuestos que el propio precepto excepciona (intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente). En cuanto a las condiciones de la información a los efectos de recabar el consentimiento por escrito, el art. 10 exige que el facultativo proporcione al paciente la información básica relativa a las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales, los que resulten probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones.

La jurisprudencia de manera constante ha venido sosteniendo que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente constituye una infracción de la *lex artis* que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan, como expresamente reconocen las SSTS de 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero y 10 de octubre de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo, 19 y 25

de mayo, 4 de octubre de 2011, 30 de abril de 2013 y 26 de mayo de 2015, entre otras.

La interpretación que el Tribunal Supremo ha venido realizando con base en lo previsto en la Ley General de Sanidad en cuanto a la exigencia de detalles en la información que ha de darse al paciente comporta dos consecuencias fundamentales:

- La regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración). La obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información.

- Esta regulación implica además que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando éstas hayan sido conformes a la *lex artis ad hoc*. El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que, de concretarse éste, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

En este caso, lo anterior implica que, aunque pese a que la cirugía se desarrolle correctamente y sin incidencia alguna, como aquí ocurrió, se pueden producir diversos daños sobre los que se informó previamente a los padres de la menor afectada, concretamente sobre el riesgo de secuelas neurológicas, como consta en el documento de consentimiento informado y al que se refiere el informe del SIP en sus conclusiones al decir:

«(...) Lo más probable es que la causa de la isquemia medular y sufrida sea la suma de distintos factores el procedimiento quirúrgico utilizado más la respuesta individual de la paciente al mismo, la anatomía diversa e individual de las diversas ramas intercostales que irrigan a la arteria espinal, con gran variedad anatómica, la tensión arterial etc (...).

Ello se refrenda porque sabemos que está estudiado y demostrado que: "el compromiso medular es una de las posibles complicaciones graves que pueden presentarse como consecuencia de un flujo medular insuficiente en la corrección quirúrgica de la coartación de la aorta. Su frecuencia de aparición se ha comunicado en un 0,5% a 1,4%, según distintas series.

Factores múltiples, desde el simple clámico aórtico, el incremento de la presión del líquido cerebroespinal, la hipertermia durante el clámico y el sacrificio de ramas intercostales "críticas", se consideran responsables de la lesión medular. Sin embargo, ninguno de ellos se puede considerar un factor causal en forma aislada." La afectación medular producida es por isquemia, o sea un déficit de irrigación a la misma, la médula es una formación neurológica, su papel es la inervación de distintos tramos del cuerpo, o sea ocurre una afectación neurológica contemplada en el consentimiento informado (...».

Consecuentemente, los reclamantes, prestando su consentimiento a la realización de la intervención quirúrgica, con carácter previo a su ejecución y con pleno conocimiento de los posibles riesgos, específicamente sobre las posibles complicaciones neurológicas, como desgraciadamente aconteció, aceptaban los beneficios de la intervención, pero también sus riesgos y complicaciones, si bien la situación clínica de la que partía la menor desde su nacimiento era ya suficientemente complicada, lo que no descartaba las complicaciones y evolución tórpida posterior a la operación, tal y como en efecto se produjo.

Así, este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares, como por ejemplo en el reciente Dictamen 117/2019, de 4 de abril, aplicable también a este caso, que:

«Por lo tanto, lo acontecido supone la producción efectiva de uno de los riesgos que se incluían en dicha documentación, sin que se pruebe por la interesada que se deba a una mala praxis, como ya se manifestó, ni que los servicios sanitarios no intentaron evitarlos y paliar sus consecuencias con la totalidad de los medios de los que dispone el SCS.

En relación con ello, este Consejo Consultivo ha manifestado reiteradamente, siguiendo la Jurisprudencia del Tribunal Supremo en la materia que la regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado

conforme a la «*lex artis ad hoc*», será asumida por el propio paciente (por todos, DDCC 576/2018 y 49/2019)».

4. En definitiva, estamos ante un caso propio de la medicina curativa, en la que se exige una actuación médica correcta conforme a la *lex artis*, tal y como confirman los informes médicos del SCS que obran en el expediente, mediante el empleo de los medios adecuados al alcance del profesional de la medicina y con adecuada información al paciente, sin que se pueda exigir a los médicos un resultado perfecto, al no ser la medicina una ciencia exacta. En la literatura médica se señala que la cirugía endovascular disminuye la morbilidad perioperatoria, pero no es capaz de evitar el riesgo neurológico. Este riesgo en principio no parecía alto, pero siempre existe la incertidumbre sobre su producción.

El informe de parte hace una relación de las secuelas que sufre la niña, pero no describe una mala praxis médica. Se señala que la niña tiene un grado de discapacidad del 65%, pero no podemos obviar que gran parte de sus padecimientos eran congénitos. La coartación de aorta que padecía era importante, por lo que no intervenirla quirúrgicamente suponía igualmente un alto riesgo para la vida de la paciente. La lesión medular que sufre la menor tras la intervención de anastomosis término terminal era un resultado poco probable pero previsible, que fue informado a la paciente, y que desafortunadamente no se puede evitar totalmente en el estado actual de la ciencia médica.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación de (...) y (...), padres y representantes legales de la menor (...), resulta ajustada a Derecho.