



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 105/2024

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 29 de febrero de 2024.

Dictamen solicitado por la Excm. 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 (...), en representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 28/2024 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el 22 de enero de 2024 (registro de entrada de fecha 23 de enero de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada, 1.046.895,81 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con lo previsto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC) en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con lo previsto en el art. 12.3 de la citada LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de

---

\* Ponente: Sra. de León Marrero.

Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

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

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con lo previsto en los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

5.1. Los reclamantes ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], puesto que actúan en su propio nombre y en el de su hijo, menor de edad, alegando daños sufridos en su esfera jurídica como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario, y están legitimados activamente por cuanto solicitan el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados, supuestamente, por el deficiente funcionamiento del servicio público sanitario.

En este sentido, se ha de señalar que la reclamación extracontractual de los padres se realiza en defensa e interés de los derechos de su hijo menor de edad, al haber sufrido un daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP] y ello al amparo de las facultades de representación que le confiere legalmente el art. 162 del Código Civil a los padres que ostenten la patria potestad respecto a sus hijos menores de edad no emancipados.

Además, actúan mediante la representación debidamente acreditada, de abogado (art. 5.1 LPACAP).

5.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, puesto que se presenta el 13 de marzo de 2020, en relación con los daños producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria dispensada al menor (...) en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC) desde su nacimiento el día 27 de junio de 2018, por los Servicios de Pediatría y Cirugía Pediátrica del citado Hospital hasta el 28 de diciembre de 2018, fecha en la que se traslada al menor al centro de referencia de atresia esofágica, del Hospital Universitario 12 de Octubre, del Servicio Madrileño de Salud donde es atendido desde el 28 de diciembre de 2018, constando la última intervención quirúrgica el 16 de mayo de 2023 en dicho centro y continuando el menor con revisiones en el HUNSC, así como en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

De modo que la reclamación se presenta dentro del plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues aún no se establecido la determinación del alcance de las secuelas.

7. En el presente supuesto se ha superado con creces el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP. Esta demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP.

## II

1. En lo que se refiere a los Antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, en la Propuesta de Resolución se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado en el escrito de reclamación en los siguientes términos:

*- (...) nació por cesárea de urgencia el 27 de junio de 2018 en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), remitido desde el Hospital del Hierro por haber sido diagnosticado de manera previa al parto de sospecha de atresia de esófago y coartación de aorta. La segunda de estas fue descartada a los pocos días de nacer. (...) también nació con atresia de ano, que no se había diagnosticado de manera previa al parto, con fístula en la vejiga.*

- Debido a estas patologías, es imperativo, a nivel de tratamiento y evaluación, que sea en un Hospital especializado donde traten estos casos de manera específica y habitual. Sin embargo, se derivó a (...) a un Hospital donde los facultativos no fueron competentes para conocer su incapacidad de tratar adecuadamente, ni posteriormente de reconocer sus errores y derivarle a un centro donde fuera mejor atendido. En uno de los informes se planteó un "posible traslado al Hospital de Las Palmas", tal y como consta acreditado en la Historia Clínica del paciente (folio n.º 121) pero nunca llegó a ofrecerse a los padres ni a realizarse.

- Con fecha 29 de junio de 2018, se realiza la primera intervención quirúrgica, laparotomía media supraumbilical exploradora y colostomía en la misma intervención. La primera de las operaciones necesarias para la atresia de ano, y una intervención en la pared del estómago de la que se desconoce su finalidad. El consentimiento informado (DCI) de estas operaciones se firmó ese mismo día, sin advertir a los padres de más aspectos que de la necesidad de realizar la intervención.

El hecho de practicar una laparotomía indica que conocían tan poco de su estado y patología que hicieron una cirugía exploratoria a un neonato de dos días de vida, para, sin tocar, reparar, colocar una sonda ni realizar cualquier tipo de acción, decidir esperar para intervenir, sin tener en cuenta los riesgos que una cirugía invasiva con anestesia general tiene para un menor.

A pesar de que los facultativos expresaron a los padres que la operación había sido satisfactoria, con respecto a la atresia esofágica no habían realizado ningún avance; la gastrostomía no hizo más que confirmar que los facultativos desconocían a lo que se estaban enfrentando y por tanto, decidieron, prudentemente, no intervenir. De hecho, ni siquiera pusieron una sonda gástrica para su alimentación y tampoco repararon la fístula esofágica

- Dada esta situación, se buscó auxilio en un especialista, un cirujano pediátrico del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, que realizaría la intervención por laparoscopia. El 19 de julio de 2018 se informó a los padres de (...) que el especialista no vendría, y que realizarían la intervención ellos mismos, pero, en lugar de por laparoscopia, lo harían por toracotomía, una intervención más invasiva y arriesgada. En lugar de admitir su incapacidad sometieron al menor a un riesgo vital innecesario, ya que se podría haber trasladado a (...) antes de intervenirle, y estando todavía estable, a un Hospital que tuviera los medios y conocimientos necesarios para tratarle.

- Con fecha 25 de julio de 2018 se lleva a cabo esta segunda intervención quirúrgica. No existe informe de cirugía con respecto a esta intervención. El pronóstico de los facultativos preveía que en unos 10 días estaría comiendo y pasaría a planta.

Desde la intervención (...) tuvo episodios repetidos de desaturación y convulsiones. Le intentaron extubar el día 31 de julio pero fue necesario reintubarle el día 3 de agosto tras otro episodio de desaturación. No se realizaron pruebas complementarias para evaluar estos

episodios de desaturación. Claramente (...) no estaba respirando adecuadamente, cuando con anterioridad a la intervención sí lo hacía.

- Mientras tanto, el día 1 de agosto se informó a los padres de una "fuga", acompañada de graves episodios de desaturación que necesitaron reanimación. Además, (...) presentaba un hematoma abdominal con petequias, por lo que el 3 de agosto y por sospecha de perforación se realizó una ecografía de abdomen, en la que se observó "líquido libre". Sin embargo en el informe de dicha ecografía no se hizo referencia a comprobaciones del esófago, tráquea o pulmones del menor, por lo que, o no se observaron o su resultado no quedó reflejado.

- El 7 de agosto, una de las enfermeras al cambiar el apósito de la segunda cirugía, en la zona que ya había mostrado hematoma y petequias, visualizó una fuga de sangre a través de los puntos. Cuando los cirujanos acudieron, confirmaron que existía esta fuga pero informaron a los padres que era "normal" y de que "había que ser optimistas".

- El 14 de agosto le extubaron de nuevo, pero tres días más tarde volvió a tener otra crisis de saturación y el 19 de agosto lo volvieron a intubar. (...) estaba fuertemente sedado desde la intervención, por lo que cualquier cambio en la medicación le provocaba síndrome de abstinencia.

- El día 21 de agosto los padres de (...) solicitaron una segunda opinión por medio del Hospital. Puesto que no podían acudir a otro facultativo, intentaron que un tercero, ajeno y experto, conociera el caso y valorase a (...). Sin embargo, el Servicio de Cirugía Pediátrica les dijo que los médicos más capacitados para atenderle estaban en ese Hospital, por lo que no se les otorgó esta segunda opinión.

- El 24 de agosto le dieron un biberón en posición decúbito supino e informaron a los padres que, pese a no saber tragar, llegaba el contenido por gravedad al estómago. La deglución es una de las primeras cosas que tendría que haber preocupado a los médicos, ya que es una capacidad que aprende el recién nacido de manera instintiva en sus primeros días de vida, sin embargo no es hasta el 3 de septiembre, casi tres meses después de su nacimiento, cuando los facultativos dieron orden de estimular la succión para que comenzara a aprender a tragar. En ninguna de las dos intervenciones previas se realizó la colocación de una sonda nasogástrica de "tutor", procedimiento habitual como parte de tratamiento de patologías como la de (...)

- La expectación de mejoría de (...) fue momentánea, desde el día 12 de septiembre empezó a tener desaturaciones de nuevo. Las crisis de saturación de oxígeno se seguían repitiendo hasta el punto de llegar a necesitar reanimación el día 22 de septiembre.

- Los padres solicitaron toda la documentación de (...) para pedir una segunda opinión, y el 28 de septiembre el Servicio de Neumología hizo una broncoscopia en la habitación

observando la presencia de material operatorio en la tráquea (dos clips) desde el día 25 de julio, es decir, dos meses. El abandono de material quirúrgico dentro del cuerpo de un neonato al final de una intervención una de las negligencias más graves que se pueden cometer.

- La capacidad de (...) para respirar mejoró una vez fue intervenido (tercera intervención quirúrgica) para retirar la obstrucción. El día 1 de octubre nuevamente les fue denegada la solicitud de segunda opinión, en base a que "No hay motivo para trasladarlo"; les ofrecieron la posibilidad de poder llevarse por su cuenta. Sin embargo, en el estado de (...) en ese momento un traslado no llevado a cabo bajo supervisión médica suponía un gran riesgo para el menor que sus padres decidieron no correr.

- Tras varios intentos de hablar con el Gerente del Hospital, el Jefe de Pediatría les indicó que el caso de su hijo era "así", que lo que le estaba pasando era "común" y que "siempre hay complicaciones" pero que "había que tener paciencia porque el Hospital era adecuado para tratarlo". Solicitaron otra segunda opinión, que tampoco fue concedida.

- (...) sufrió una erupción en el cuerpo, y los facultativos informaron de que el pulmón derecho tenía una bacteria, y que éste estaba obstruido, con mucha mucosidad. Como "solución", le colocaron una sonda el 5 de noviembre por vía nasal, y el mismo día se la retiraron para ponerla por vía bucal, bajo el argumento de que así no tendría secreciones en el pulmón.

- El 12 de noviembre intentan una dilatación de esófago, pero fue imposible. Al no haber dejado un tutor después de la operación de julio, este estrechamiento se había consolidado, y el día siguiente, 13 de noviembre decidieron una dilatación quirúrgica (cuarta intervención quirúrgica). Sin embargo, al finalizar la intervención les dijeron que habían separado y vuelto a unir el esófago al estómago. Siendo esto totalmente alarmante, ya que no tenía relación alguna con el motivo principal de la intervención, y en ningún momento se había advertido por los facultativos que el esófago estuviera mal intervenido.

Desde la intervención comenzaron las tomas de leche, coincidentes con que aumentaba el drenaje, y que además este era de color blanco. El día 27 de noviembre los facultativos determinan que (...) tenía un quilotórax, (líquido en el espacio pleural), pero no lo relacionan con una posible fuga. El agravamiento del problema en el pulmón de (...) era directamente proporcional al paso del tiempo y aumento de las tomas de leche. Se tomaron muestras de este líquido blanco para poder averiguar si era leche, sin que se conozcan los resultados de este análisis. Tampoco se hicieron más pruebas para descartar una posible fístula.

En esta última intervención, o en alguna de las anteriores, los facultativos rompieron el esófago de (...). Sin embargo, no se hizo nada para tratar de mejorar su estado. A pesar de que éste no dejaba de empeorar, los facultativos insistían en que "había que tener paciencia".

- El 12 de diciembre los facultativos, ante la insistencia de los padres, realizaron una prueba y confirmaron que tenía una fuga en el pulmón derecho. No obstante, siguieron insistiendo en que se cerraría sola y que había que esperar.

- El día 15 de diciembre (...) comenzó a tener fiebre. Los padres intentaron reunir documentación para acudir en avión a Madrid para tener una cita privada con cualquier otro facultativo, información que no se les facilitó. El día 19 del mismo mes hubo que intervenir de nuevo pues la sonda se había colocado incorrectamente y estaba en el mediastino (quinta intervención quirúrgica).

- El estado de (...) comenzaba a ser crítico, e informaron a sus padres que tenía el pulmón infectado. Al fin, el Servicio Canario de Salud concedió la segunda opinión. El 28 de diciembre se traslada al Hospital 12 de Octubre de Madrid en avión medicalizado. En el momento de su marcha, el estado de (...) presentaba conducta desorganizada del lactante, riesgo de aspiración, deterioro de la integridad cutánea, movilidad física, ventilación espontánea, intercambio de gases, así como limpieza ineficaz de las vías aéreas, movilidad gastrointestinal disfuncional, gran riesgo de caídas e infecciones; además de afrontamiento familiar comprometido.

- En el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid el estado de (...) se refleja como "postoperatorio tórpido"; el abandono de material quirúrgico no constaba en el informe de cirugía pediátrica que los facultativos pusieron a disposición de los padres de (...) y el Hospital 12 de Octubre con posterioridad. Sin embargo, a esta parte le resulta más que alarmante que sí se encuentre en el listado de notas de Cirugía pediátrica, que tiene fecha de realización 27 de febrero de 2019, es decir, más de dos meses después del traslado del menor.

Lo dicho anteriormente nos da dos opciones: los facultativos realizaron estas notas con posterioridad para enviarlas al 12 de Octubre (aun así dos meses más tarde del traslado), o bien han sido redactados con posterioridad para dar apariencia de diligencia.

El estado de (...) era crítico y ni siquiera entendían cómo había podido sobrevivir sin tratamiento tanto tiempo, ni cómo había sido capaz de aguantar el viaje. Allí encontraron la fístula que impedía que le entrara el aire en los pulmones, que supuestamente había sido reparada en el HUNSC, y además encontraron una sutura anterior en uno de los pulmones, de la que se desconocía su origen. Se mostraron claramente discordantes con la actuación de los médicos anteriores "lo han operado sin saber lo que hacían". Los facultativos informaron a los padres de la necesidad de intervenirlo urgentemente, pero ni siquiera sabían si podría sobrevivir hasta la operación, ni a esta.

Además, la información que el hospital de Tenerife les "facilitó" era ambigua, insuficiente y poco clara, por no decir que era engañosa, lo que retrasó aún más la toma de decisiones con respecto a su salud. Aun así, le realizaron todas las pruebas que consideraron,

y el 14 de enero de 2019 tras pasar por quirófano por sexta vez, descubrieron que (...) tenía una fístula en la tráquea, el pulmón derecho destrozado y el esófago completamente insalvable, por lo que tuvo que ser intervenido de esofagostomía el 16 de enero, y de nuevo el 23 del mismo mes y año, (séptima y octava intervención quirúrgica) teniendo que extirpar una parte del pulmón derecho.

- Después de las dos cirugías parecía avanzar, pero el 20 de febrero comenzó con episodios de desaturación bruscos, por lo que inmediatamente realizaron broncoscopia en la que descubrieron que (...) tenía otro clip en la tráquea, de la intervención del mes de julio anterior. Hay que recordar que la intervención del 28 de septiembre de 2018 tenía como objetivo la retirada de material quirúrgico olvidado. Automáticamente los padres de (...) contactaron con la pediatra de Tenerife, para conocer cuántos clips le pusieron a (...), afirmando que sólo dos.

Resulta evidente, entonces, que el cómputo del material quirúrgico tras la primera de las intervenciones fue erróneo o, más probable aún, que ni siquiera se realizó.

(...) tuvo que ser reintervenido el 26 de febrero (novena intervención quirúrgica) aunque hoy se desconoce si puede tener algún clip más, dado que, curiosamente, "no existe" el protocolo quirúrgico de la operación.

- El 12 de marzo la zona en la que (...) tenía los clips estaba tan afectada que tuvieron que hacerle una traqueotomía, (décima intervención quirúrgica) lo que implicó extirpar las zonas afectadas de tráquea y esófago.

- El día 27 de mayo fue sometido a la segunda de las intervenciones requeridas para solucionar su atresia anal, (undécima intervención quirúrgica) en el Hospital 12 de Octubre, que es hasta día de hoy el Hospital de (...). Por culpa de los "tratamientos" anteriores, no se le ha podido intervenir hasta que ha estado estable. El día 24 de octubre de 2019 (duodécima intervención quirúrgica) (...) fue intervenido de fibrobroncoscopia y cierre de colostomía, última de las intervenciones para su atresia anal, aparentemente con un resultado hasta la fecha favorable.

Aun así, todavía deben practicarle la última de las intervenciones, y la más peligrosa: la reconstrucción de esófago que le permitirá alimentarse por boca (actualmente es alimentado por medio de una sonda por gastrostomía o botón gástrico) ya que, las negligencias llevadas a cabo con él provocaron la pérdida de una gran parte del esófago. Además, aún estaría pendiente, de retirar el botón gástrico por el que se alimenta. Esto, añadido a todas las demás intervenciones, vías y otros tratamientos invasivos, han dejado a (...) lleno de cicatrices que le acompañarán toda la vida, sufriendo un importante perjuicio estético

- El estado actual de (...) es el siguiente: está todavía a la espera de una intervención de reconstrucción de esófago, es portador de traqueotomía, gastrostomía, esofagostomía; también ha sido diagnosticado de retraso motriz por lo que toma medicación hormonal



*controlada por un endocrino en el Hospital 12 de Octubre, y de anomalía costal; también está necesitado de oxígeno y otros tratamientos de neumología por el daño a sus pulmones.*

*Además, han derivado a (...) a acudir a sesiones con un logopeda, pero el Servicio Canario de Salud no ha designado todavía a uno, por lo que sus padres están asumiendo de manera privada el coste de este tratamiento.*

*El único servicio al que actualmente (...) acude en el HUNSC es el de Neumología, en el que, a consecuencia de las negligencias relatadas, indicaron que el paciente precisa constantemente: ventilador invasivo, aerosolterapia, oxigenoterapia, nutrición enteral, aspirado de secreciones, pulsioxímetro, Fisioterapia respiratoria, y además ha sido diagnosticado de movilidad reducida.*

*El Gobierno de Canarias ha reconocido a (...) un grado de discapacidad del 80% por resolución del 30 de noviembre de 2019, así como un grado de Dependencia 3, mediante carta de 14 de enero de 2019*

2. En cuanto a los motivos en los que sustentan la reclamación, y por los que consideran los interesados que existió infracción de la *lex artis*, son los siguientes:

**A. Incorrecta derivación al HUNSC como centro especializado.**

Durante el embarazo se detectó que (...) tenía arteria umbilical única y había datos de sospecha *tanto de atresia esofágica con fístula traqueoesofágica como de coartación de aorta*, como consta en la Historia Clínica (HC). Se derivó al HUNSC a fin de que su parto se produjera en este Hospital, por ser este «especializado» en estas patologías. Sin embargo, el HUNSC no es un hospital especializado en esta clase de patologías, como bien se ha podido constatar a lo largo de este escrito, debiendo haber sido remitido desde el principio al Hospital 12 de Octubre de Madrid, ahorrando tiempo y sufrimiento a todas las partes.

**B. Incorrecto manejo del paciente durante toda su estancia y custodia del hospital, especialmente en lo referente a:**

1. Infección del pulmón causada por asistencia deficiente, así como pérdida de parte del mismo. Consideran los reclamantes que su hijo perdió parte del pulmón porque no se reparó la fístula correctamente, no se trataron correctamente las infecciones respiratorias y finalmente las intervenciones ocasionaron la rotura del pulmón.

2. Pasividad e inasistencia ante solicitudes de segunda opinión y reclamaciones de los padres de (...) Presentaron reclamaciones en atención del paciente y

solicitaron hasta en tres ocasiones un traslado o segunda opinión que no les fue concedida hasta que (...) se encontró al borde de la muerte.

3. Actuación negligente de los facultativos al no asumir su inhabilidad de tratar correctamente a (...), interviniéndolo a pesar de su desconocimiento. Los padres de (...) consideran que los facultativos que intervinieron a (...) fueron muy osados a la hora de decidir intervenir a su hijo. Siendo un neonato con una patología tan compleja debieron derivar a (...) a otro Hospital de referencia.

4. Ausencia de documento de consentimiento informado (DCI), además de información oscura en todo momento sobre el estado y las actuaciones médicas sobre (...). En ningún momento sus padres recibieron información sobre la situación de su hijo, alternativas menos invasivas o la finalidad de la mayor parte de las intervenciones. Escudados con la idea de que el caso de (...) era complejo, crítico o delicado, intervinieron a este tantas veces como se les antojó, sin llegar en ningún momento a explicar a sus padres sobre lo que estaba ocurriendo con su hijo.

5. Infravaloración y omisión de pruebas diagnósticas imprescindibles para conocer el estado de (...). Desde el momento en el que nació (...) hasta que salió para ser trasladado al 12 de Octubre en Madrid, éste no salió del Hospital. Se le intervino de laparotomía exploradora para conocer su estado, en lugar de estudiar su caso con pruebas menos invasivas. En ningún momento se avisó a los padres de (...) de que esta intervención era exploradora, ni de alternativas no invasivas para estudiar a (...), lo cual supone *per se* una violación de los derechos del paciente y del CI.

6. Inactuación para asegurar la capacidad deglutoria de (...) en el futuro. La no colocación de una sonda o tutor gástrico ha supuesto a (...) un retraso motriz en su capacidad de deglución. Ha de acudir a sesiones con una Logopeda privada, ya que el Servicio Canario de Salud todavía no ha facilitado a (...) el acceso a uno público, que la familia está costeando de manera íntegra.

C. Abandono de material quirúrgico y retraso diagnóstico (y deficiente) de la etiología de las desaturaciones e insuficiencias respiratorias a causa de este.

Un mínimo de tres clips han sido encontrados hasta la fecha en el cuerpo de (...), de los cuales dos fueron encontrados en el HUNSC, y otro en el Hospital 12 De Octubre de Madrid. No se tiene protocolo de esta operación del 25 de julio de 2018, por lo que no se sabe cuántos fueron utilizados. Se tardó más de dos meses en realizar una broncoscopia a un neonato que no podía respirar. El abandono de

material quirúrgico es una negligencia, además de ser responsable de todas las secuelas que cause.

D. Falta de custodia de la HC y falta de profesionalidad ante las solicitudes de la misma, incluso por compañeros de otro hospital.

Se alega que los padres de (...) han tenido muchos problemas para recibir la HC del HUNSC, y de hecho ni siquiera a día de hoy la tienen completa; faltan numerosos informes de cirugía, los DCI de las intervenciones, la analítica de la sustancia (aparentemente leche) que (...) tenía en el pulmón. Pero, además, han sido opacos con la información que trasladaban a sus compañeros de profesión del Hospital 12 de Octubre.

3. Cuantifican la indemnización en 1.046.895,81 euros por las secuelas que sufre (...), así como por los gastos derivados de la deficiente actuación sanitaria.

### III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 13 de marzo de 2020.

2. Posteriormente, el día 18 de mayo de 2020 fue requerida la conformidad del interesado de acuerdo con lo dispuesto en la Disposición Adicional Tercera del Real Decreto Ley 463/2020 de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 y la Resolución n.º 779/20, de 24 de abril, del Presidente del Consejo de Dirección del Servicio Canario, por la que se acuerda la continuación de la tramitación de procedimientos administrativos considerados indispensables para la protección del interés general o para el funcionamiento básico de los servicios, en el ámbito del SCS; además, se solicitó la mejora de su reclamación inicial. El día 27 de mayo de 2020 el interesado mostró su conformidad con dicha solicitud y procedió a la mejora de su reclamación en los términos requeridos.

3. El día 18 de junio de 2020, se dictó la Resolución n.º 1.037/2020 del Director del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) y (...).

4. Consta que en la fase de instrucción se solicitaron los siguientes informes, con el siguiente resultado:

- Con fecha 22 de junio de 2020 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de modo que a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado, presuntamente, la lesión, se determine las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, así como la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.

- El 7 de septiembre de 2023 la Jefa de Servicio del SIP, comunica al Servicio de Normativa y Estudios, que siguiendo instrucciones de la Secretaría General del SCS, se aporta relación de expedientes de responsabilidad patrimonial que continuarán su tramitación sin informe del SIP, entre los que se encuentra en el presente caso.

- Se recaba la historia clínica del paciente que consta de 1533 folios.

- Se emite informe del Servicio de Pediatría del HUNSC de 4 de diciembre de 2020 (folios 1980-1987 del expediente).

- Además, obra en el expediente remitido a este Organismo informe del Servicio de Cirugía Pediátrica del CHUIMI de 4 de diciembre de 2020 (folios 1989-1990).

- El 14 de noviembre de 2023 se solicita informe al Servicio de Cirugía Pediátrica del HUNSC (servicio, supuestamente, causante del daño por el que se reclama), y se emite informe el 24 de noviembre de 2023 por el Subdirector médico del Área Quirúrgica del HUNSC, en el que se efectúa un relato de los hechos relativos a la asistencia sanitaria dispensada al menor (...) (folios n.º 2015-2017).

- Con fecha 13 de noviembre de 2023 la Jefa de Servicio de Normativa y Estudios, considera necesaria -dado que no se emite informe del SIP y dada la complejidad del caso en cuestión (recién nacido con múltiples anomalías desde el nacimiento que se interviene en numerosas ocasiones en el HUNSC y finalmente se deriva al Hospital 12 de Octubre de Madrid)- la información que pueda aportar el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital 12 de Octubre de Madrid, a fin de determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial (folio 1998 del expediente).

- Por ello, el 15 de noviembre de 2023 se solicita al Hospital 12 de Octubre de Madrid, que emita informe sobre si la actuación sanitaria dispensada al menor (...) por parte del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife, se ajustó o no a la correcta praxis médica

- El Hospital 12 de Octubre de Madrid, no emitió el informe requerido, y únicamente envió copia de la historia clínica (670 páginas) relativas al menor, (...)

5. En cuanto al trámite de audiencia a los interesados, consta que con fecha 10 de noviembre de 2023, se notifican a los interesados Acuerdo Probatorio y Trámite de Audiencia y el 20 del mismo mes y año estos presentan escrito de alegaciones.

En dicho escrito los reclamantes reiteran que el recién nacido fue intervenido en incontables ocasiones, sin embargo, el manejo que tuvieron con el paciente fue absolutamente incorrecto y negligente. Que llegó a abandonarse material quirúrgico dentro del cuerpo del menor y se le ocasionó la rotura de un pulmón, lo que ocasionó que perdiese parte de este. Todo ello unido a la inasistencia ante las solicitudes de segunda opinión y reclamaciones de sus padres y a la ausencia de información sobre su estado, entre otras cuestiones.

Consideran que en el momento en que los facultativos fueron conocedores de las dificultades que se les planteaban -y esto fue en fecha 29 de junio de 2018, cuando se le realizaron la laparotomía y colostomía-, no se optó por la decisión correcta, que era su derivación. Cuando se solicitó la colaboración de un médico externo del Hospital del Vall d'Hebron de Barcelona, se estaba reconociendo tácitamente que la mencionada especialización del HUNSC, no era tal, al menos no en la manera en que se quiere hacer creer. Consideran los reclamantes que en los informes recabados, existe una ausencia de respuesta completa y concreta a las cuestiones planteadas, y una falta de contestación por la Inspección Médica.

Recibido con posterioridad el informe de Cirugía Pediátrica del HUNSC, así como la historia clínica del menor del Hospital 12 de Octubre de Madrid, el 19 de diciembre de 2023 se da audiencia a los reclamantes de la nueva documentación aportada al procedimiento, remitiendo nuevas alegaciones el 4 de enero de 2024.

En ese nuevo escrito de alegaciones, los reclamantes hacen hincapié en la falta de respuesta a las alegaciones planteadas, dado que el informe del Subdirector Médico del Área quirúrgica se limita a hacer un relato de las intervenciones y tratamientos a los que estuvo sometido el menor, algo ya conocido, y por otra parte, destacan la inexistencia del informe del SIP, pese a haber transcurrido ya cuatro años desde la formulación de la reclamación.

6. Con fecha 9 de enero de 2024 por la Secretaria general, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación.

## IV

1. Con carácter previo al análisis de la cuestión de fondo, y, por ende, del examen de la concurrencia de los presupuestos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, resulta necesario efectuar una serie de consideraciones respecto a la tramitación del presente procedimiento administrativo.

Y es que, a la vista de la documentación remitida a este Consejo Consultivo, se constata la incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia, lo que impide la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo. En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que no figura en el expediente administrativo la evacuación del informe del SIP interesado por el propio órgano instructor con fecha 22 de junio de 2022 -folio 314- documento que, si bien no es preceptivo en cuanto a su emisión, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar su criterio respecto al fondo del asunto analizado (art. 79 LPACAP), esto es, la corrección médica -en términos de adecuación a la *lex artis ad hoc*- de la prestación sanitaria dispensada al paciente. Máxime en casos como el presente, en el que los informes médicos que obran en las actuaciones (evacuados por los diversos Servicios médicos que han atendido al paciente) se limitan a efectuar un relato descriptivo de la asistencia sanitaria prestada, y no resuelven todas y cada una de las cuestiones que se plantean en la reclamación, en concreto si la asistencia sanitaria fue ajustada a la *lex artis*.

A mayor abundamiento, el propio órgano instructor reconoce la complejidad del caso y que la falta del informe del SIP, hizo necesaria la solicitud de un informe a otro centro sanitario fuera del SCS donde fue atendido el menor, ya que con fecha 13 de noviembre de 2023 la Jefa de Servicio de Normativa y Estudios, solicitó informe al Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital 12 de Octubre de Madrid, a fin de determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial (folio 1998 del expediente). Informe que, finalmente, no fue emitido.

De este modo, resulta necesario destacar la especial significación y relevancia del informe del SIP dentro de la instrucción del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial extracontractual por daños derivados de la prestación sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud.

2. Por otra parte, se echa en falta en la Propuesta de Resolución, el relato fáctico de la asistencia sanitaria, derivado del análisis de la historia clínica del menor tanto en el HUNSC, como en el Hospital 12 de Octubre, ya que únicamente consta el relato contenido en la reclamación, lo cual debe ser contrastado mediante el análisis de la documentación clínica, para lo cual resulta útil y pertinente el informe del SIP, que mediante el análisis completo de la historia clínica realice una descripción de la asistencia sanitaria, permitiendo determinar la certeza de las manifestaciones que realizan los interesados en su escrito de reclamación.

Procede advertir que nos hallamos ante el caso de un recién nacido, con sospecha prenatal de síndrome polimalformativo (atresia esofágica y coartación de aorta), y que, una vez nacido, se constata la existencia de atresia esofágica con fístula y atresia de ano, descartando la coartación de aorta. Desde el momento de su nacimiento el día 27 de junio de 2018, fue sometido a múltiples tratamientos en poco espacio de tiempo, tal es así que, desde su nacimiento hasta el 28 de diciembre del mismo año, fecha en que es derivado al Hospital 12 de Octubre en Madrid, la historia clínica del menor cuenta con más de 1.500 folios, lo cual denota la complejidad de este paciente y de la asistencia sanitaria a la que fue sometido.

Hay que poner de relieve a la hora de valorar la praxis médica, la importancia que tienen a efectos probatorios los datos anotados en la historia clínica del paciente, ya que son el fiel reflejo de su estado y evolución y de la asistencia sanitaria dispensada, en el momento en que esta se produce y que además está informatizada para garantizar su contenido. Es decir, que los profesionales sanitarios que atienden al paciente tienen el deber de cumplimentar la historia clínica en el mismo momento en que se está prestando la asistencia sanitaria, reflejando el estado del paciente y cualquier cambio o síntoma que se presente o que sea referido por el propio paciente, y lo hacen, obviamente, sin tener conocimiento del posterior devenir del proceso, ya sea favorable o desfavorable y de posibles quejas o reclamaciones que pueden formularse sobre su asistencia. Así, el art. 3 de la Ley 41/2002 contiene una definición de la historia clínica como *«el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial»*.

En relación con estas consideraciones, en este caso, ciertamente, no se ha procedido por parte del SIP a la emisión de su informe, que permita por una parte, y

tras un examen de la historia clínica, realizar un relato fáctico sobre el proceso asistencial del que deviene la reclamación, y por otro analizar con los datos disponibles, si en el caso concreto se actuó conforme a la *lex artis*.

Conforme a nuestra doctrina (véase, por todos, Dictamen 41/2024, de 25 de enero), la evacuación de dicho informe, en puridad, no resulta exigible con carácter general en el curso de los procedimientos de responsabilidad extracontractual. Conforme al art. 81.1 LPACAP es preceptivo el informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable. Ahora bien, el art. 79.1 del mismo texto legal establece que, a efectos de la resolución del procedimiento, se solicitarán aquellos informes que sean preceptivos por las disposiciones legales, y los que se juzguen necesarios para resolver, y en este caso el informe del SIP está entre ellos.

Dicho informe ofrece una perspectiva integradora y omnicomprensiva de la asistencia prestada, más allá de la atención concreta llevada a cabo por parte de los distintos servicios implicados en cada caso, cuya incorporación al expediente -la de estos informes-, sí resulta obligada a tenor de lo dispuesto por el art. 81.1 LPACAP. De esta manera se franquea la visión inevitablemente parcial que pudiera resultar si son varios los servicios intervinientes en un mismo asunto.

Además, el informe del SIP permite también suplir las eventuales deficiencias de que pudiera adolecer en su caso alguno de dichos informes, proporcionado una fundamentación adecuada y consistente en apoyo de la propuesta que el órgano instructor venga a formular en los procedimientos de responsabilidad extracontractual cuya tramitación le incumbe.

No han faltado en nuestra práctica consultiva los casos, desde luego, en que nuestro parecer ha podido expresarse sin dificultad prescindiendo del indicado informe del SIP, sea a la vista del rigor y exhaustividad de los informes evacuados por el servicio actuante, la claridad de las circunstancias concurrentes, su escasa complejidad, u otros factores que también podrían estar presentes.

Ahora bien, cuando no sucede así, y pudiera subsistir algún género de incertidumbre en torno a alguno de los extremos atinentes al caso, en aras a garantizar los derechos de los interesados, resultará necesario requerir al SCS la emisión de un informe complementario concretamente al SIP, y si fuera necesario con carácter previo a éste, de los servicios intervinientes.



3. En el supuesto sometido a la consideración de este Consejo Consultivo, se advierte además, que no consta el informe del servicio al que se le imputa la supuesta responsabilidad. Y es que los dos servicios implicados en la atención sanitaria al menor son el Servicio de Pediatría y el Servicio de Cirugía pediátrica del HUNSC. Respecto del primero sí consta informe en el expediente, emitido por el Jefe de Servicio, el Dr. (...), pero no consta el informe del Servicio de Cirugía Pediátrica del HUNSC, a pesar de ser solicitado por el órgano instructor el 14 de noviembre de 2023. Dicha solicitud es contestada por el Subdirector médico del Área Quirúrgica del HUNSC que emite informe el 24 de noviembre de 2023, que no es propiamente el servicio supuestamente causante del daño, y en el que se efectúa un relato de los hechos relativos a la asistencia sanitaria dispensada al menor, pero sin realizar un análisis de cada uno de los motivos invocados por los reclamantes como determinantes de infracción de la *lex artis*.

De la especialidad de Cirugía Pediátrica consta en el expediente, informe del Servicio de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, donde analiza algunos de los puntos en los que se sustenta la reclamación, pero muchos otros quedan sin respuesta. La falta de informe del Servicio de Cirugía Pediátrica del HUNSC se justifica en la Propuesta de Resolución en que actualmente el HUNSC no cuenta con Servicio de Cirugía Pediátrica por falta de facultativos de esta especialidad, razón por la que se solicita informe al Dr. (...), Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Ahora bien, este informe no se considera suficiente a la hora de valorar si existió o no infracción de la *lex artis* en la atención dispensada al hijo de los reclamantes.

4. Debemos recordar que la exigencia de responsabilidad patrimonial del SCS se sustenta por la parte reclamante en la deficiente asistencia sanitaria por:

1.- Incorrecta derivación al HUNSC como centro especializado para tratar las patologías que presentaba el menor, en vez de derivarlo directamente al Hospital 12 de Octubre de Madrid.

2.- Incorrecto manejo del paciente en el HUNSC.

3.- Abandono de material quirúrgico y retraso diagnóstico de la etiología de las desaturaciones e insuficiencias respiratorias a causa de este.

4.- Falta de custodia de la HC y dificultad para entregarla tanto a los reclamantes como al Hospital 12 de octubre

Pues bien, siendo estos los motivos en los que sustenta la reclamación procedemos a analizar si los informes médicos recabados permiten dar una respuesta adecuada a dichas manifestaciones:

- En cuanto a la falta de especialización del HUNSC para tratar las patologías que presentaba el menor, y si debieron derivar al menor a otro centro de referencia especializado, como finalmente se hizo:

En el informe del Servicio de Cirugía Pediátrica del CHUIMI se indica que el HUNSC cuenta con un Servicio de Cirugía Pediátrica, especialidad reconocida por el Ministerio de Sanidad y Educación y Ciencia desde 1981, desde su formación, siendo esta la especialidad que trata, entre otras, este tipo de patologías congénitas, siendo por tanto un SERVICIO ESPECIALIZADO. Por otra parte, el jefe de Servicio de Pediatría del HUNSC señala en su informe que con las características del paciente tiene indicación de nacer en un hospital de tercer nivel con Unidad Neonatal IIIb. El HUNSC cumplía estas características y se encontraba capacitado para tratar pacientes con el diagnóstico prenatal del paciente.

Ahora bien, existe una cuestión que se plantea en la reclamación, y sobre la que no existe pronunciamiento alguno, y es la relativa a si efectivamente se buscó auxilio en un especialista, un cirujano pediátrico del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, que realizaría la intervención por laparoscopia. Según los reclamantes el 19 de julio de 2018 se informó a los padres de (...) que el especialista no vendría, y que realizarían la intervención ellos mismos, pero, en lugar de por laparoscopia, lo harían por toracotomía, una intervención más invasiva y arriesgada. Queda por determinar si existió esta petición de asistencia a este especialista, el motivo de ello y la razón por la que finalmente no tuvo lugar.

En el informe del Servicio de Cirugía Pediátrica del CHUIMI también se indica que *«es de suponer que se han tratado, a lo largo de los años un buen número atresias de esófago en el HUNSC, por lo que no es correcto hablar de falta de experiencia de los facultativos implicados en este procedimiento», por lo que es un dato importante aportar el número de intervenciones quirúrgicas de atresias de esófago realizadas en el HUNSC antes de la practicada en este paciente, para aclarar el grado de especialización que tenía el Servicio de Cirugía Pediátrica del HUNSC para abordar la patología del menor, sin requerir su derivación a otro centro de referencia.*

- En cuanto al incorrecto manejo del paciente durante su estancia en el HUNSC, engloba varias cuestiones, algunas sin analizar adecuadamente:

*En primer lugar, plantean los reclamantes que cuando nace su hijo no realizan las pruebas diagnósticas necesarias para determinar el estado del paciente, como TAC, RMN y lo que hacen es una laparotomía exploradora más invasiva, para conocer su estado y finalmente la intervención que realizan se hace por toracotomía. Es decir, los padres plantean que realizar una laparotomía exploradora para establecer un diagnóstico, fue una actuación inadecuada para un recién nacido, en el estado en el que se encontraba el menor, cuando existían otras vías menos invasivas.*

*Sobre este punto, en el informe del Servicio de Cirugía Pediátrica del CHUIMI se explica que «para el diagnóstico de la atresia de esófago sólo se precisa una radiografía de tórax, que muestra la altura del bolsón superior, si no aporta suficiente calidad, se instilan unas gotas de contraste hidrosoluble para ver el fondo de saco de la atresia y así valorar la longitud del esófago proximal. Para comprobar si la operación ha sido exitosa un esofagograma bien ponderado, que muestra el paso de contraste por el esófago con o sin fuga, es lo necesario. La broncoscopia previa se realiza si existe sospecha de que no haya fístula única. Otras exploraciones no son imprescindibles para el diagnóstico inicial».*

Y sobre esta cuestión nada dice el informe del Servicio de Pediatría del HUNSC, que de forma reiterada deja claro que el Servicio de Cirugía Pediátrica es un servicio distinto al de Pediatría y que la patología que presentaba el menor tiene un tratamiento esencialmente quirúrgico, de modo que la pauta de tratamiento del problema fundamental la dictan los cirujanos, tanto el momento, como el tipo de intervención, como la elaboración del informe quirúrgico pertinente, así como la información a familiares sobre su actuación durante todo el proceso y, ante la presencia de complicaciones, tanto su correcta descripción como las posibilidades de resolución. Así deja claro que su informe se limita a la atención dispensada en el Servicio de Pediatría sin valorar la asistencia propia de Cirugía Pediátrica.

Por tanto, a nuestro entender, esta cuestión no ha quedado suficientemente resuelta con el informe del CHUIMI, pues si para el diagnóstico de la atresia de esófago sólo se precisa una radiografía de tórax, y según el propio informe *la intervención de la atresia de esófago se aborda en la actualidad por toracotomía o bien por toracoscopia*, no queda clara la finalidad de la laparotomía media supraumbilical realizada a las 48 horas de vida del paciente. Si la misma era diagnóstica o terapéutica, puesto que de la historia clínica (informe de alta del servicio de neonatología) se hace constar que se interviene por laparotomía media supraumbilical, realizándose banding del esófago abdominal, colostomía a nivel de la

unión del colon descendente y sigma y gastrostomía de Stamm. En consecuencia, es necesario que se aclare si dicha cirugía fue sólo exploradora, con un fin diagnóstico o fue una cirugía reparadora de la atresia de esófago y de ano.

Además, consta que al 27 día postoperatorio se realiza nueva cirugía por toracotomía derecha. Sobre el motivo y finalidad de esta cirugía en el informe clínico de alta del Servicio de Neonatología del HUNSC que fue aportado junto con la reclamación y consta en el folio 140 del expediente y en el folio 512 correspondiente a la historia clínica se dice: «A los 28 días de vida (26 de julio) se realiza la cirugía correctora de forma programada. Mediante una toracotomía derecha, con acceso extrapleural se aprecia esófago distal de calibre normal. Se localiza banding esofágico en hiato diafragmático que se secciona apreciándose escotadura distal sofágica permeable».

En el DCI de esta intervención (folio 560 del expediente) consta como procedimiento a realizar: *toracotomía + resección y anastomosis esofágica + ligadura fístula*.

Por tanto, no queda claro cuál era la finalidad de esta cirugía, si era la intervención quirúrgica para tratar la atresia esofágica o bien fue una cirugía correctora de la primera por haber surgido alguna complicación derivada de la misma, o porque no se realizó adecuadamente conforme a la *lex artis*.

- Sobre la falta o inadecuada información a los padres del menor por parte del Servicio de Cirugía Pediátrica del HUNSC, es una cuestión que no queda resuelta en los informes que constan en el expediente, dado que no obra informe del Servicio de Cirugía Pediátrica del HUNSC que pueda dar adecuada respuesta a dicha manifestación de los reclamantes.

En el informe del Servicio de Pediatría se indica:

*«Aclaro además, de forma general, que todo lo que se repite en el documento y referente a: falta de información, ausencia de informes, denegación de segundas opiniones o falta de compañerismo con los facultativos del Hospital 12 de Octubre de Madrid, hace alusión al mismo servicio de cirugía, ya que ahí está el informe oportuno del servicio de pediatría, y el contacto estrecho inicial que mantuvimos con los compañeros de Madrid.*

*Los padres piden un informe que se les entrega el día 23/10. El día 31/10 se informa a los padres de la necesidad de dilatación esofágica tras comprobar en un esofagograma una estenosis del mismo. Previamente a este procedimiento, nos reunimos neonatólogos y cirujanos pediátricos con ambos progenitores para explicarles la situación y la dificultad con la que nos encontrábamos, todo ello porque palpábamos un clima de escepticismo y que no*

*había la debida transparencia en sus manifestaciones, y aclaramos que si ellos no tenían confianza en el equipo procederíamos a su traslado. En ese momento los padres deciden que no traslademos a (...)*

*En lo referente a la reunión con un servidor, “El Jefe de Pediatría”, mi intervención con ellos tuvo lugar tras una de las primeras intervenciones quirúrgicas y la aparición de las primeras complicaciones, en donde expliqué la gravedad y los obstáculos habituales de esta enfermedad, y les dije que este tipo de patología se había tratado en múltiples ocasiones anteriores en este hospital.*

*Faltan a la verdad cuando dicen que “solicitaron otra segunda opinión que tampoco fue concedida”, porque en mi intervención comenté que el traslado a otro centro dependía del servicio de Cirugía Pediátrica ya que eran los responsables de la patología quirúrgica del menor, pero que los pediatras podíamos interceder en ello, a lo que su madre respondió que seguirían en este Centro porque confiaba en la labor e información del Dr. (...), conocido suyo.*

*El mismo día de esta primera y única entrevista con la madre, contacté con el Director Médico del hospital, Dr. (...), comentándole lo complicado de la situación clínica del menor y preguntando sobre la viabilidad de un traslado a otro centro, a lo que me contestó que por parte de Dirección Médica no habría impedimento alguno pero que dada la situación y la patología que presentaba esto lo debería tramitar y solicitar el Servicio de Cirugía Pediátrica.*

*En segundo lugar, recordar que fue la propia madre la que al poco de empezar las complicaciones clínicas prefirió permanecer en este centro dada su confianza en los cirujanos.*

*Finalmente recalcar, que la idea del traslado a otro centro partió al inicio de este servicio de pediatría, aunque el responsable de su patología principal fuera otro servicio y esto fuera técnicamente inviable, y este hecho fue contrastado con la dirección médica como puede ser fácilmente probado. Tal es así, que finalmente la familia solicitaba el traslado al Hospital Infantil La Paz de Madrid y su traslado se realizó al Hospital 12 de Octubre por iniciativa y recomendación de los pediatras responsables».*

De todo lo anterior, se deriva que el Servicio de Pediatría mantuvo un contacto adecuado con los padres del menor, suministrando la información necesaria sobre su estado y su proceso, e incluso fueron los que recomendaron el traslado del menor al Hospital 12 de Octubre en Madrid y tomaron la iniciativa, lo cual es llamativo por cuanto, según el propio informe, el traslado debía ser tramitado y solicitado por el Servicio de Cirugía Pediátrica. Por tanto, falta la información que al respecto corresponde suministrar al Servicio de Cirugía Pediátrica del HUNSC.

Y es que en cuanto a los documentos que obran en la historia clínica en relación con las actuaciones del Servicio de Cirugía Pediátrica, resulta llamativo que en el informe del Jefe de Servicio de Pediatría del HUNSC se afirme: *Desconocemos los informes de todas las actuaciones realizadas por parte el Servicio de Cirugía Pediátrica ya que no constan en la HCE.*

Y en relación con la información y colaboración suministrada al Hospital 12 de Octubre al que fue derivado el menor, en el informe del Servicio de Pediatría, se indica que *«el paciente se traslada con un informe de alta neonatal, por parte de este Servicio de Pediatría, donde se explica extensamente la evolución del paciente en la Unidad neonatal, además del contacto personal que se mantuvo con los profesionales que recibieron a (...) en el Hospital 12 de Octubre de Madrid.*

*El informe de traslado relata y contiene absolutamente todo lo acontecido durante su estancia en este centro con respecto a la actuación pediátrica» y que «a la llegada del paciente al hospital de Madrid, recibimos una llamada del mismo destacando y felicitando a su pediatra de este centro por la información ofrecida y por el complicado tratamiento dispensado al paciente en nuestra UCIN durante toda su estancia». Pero se está refiriendo al Servicio de Pediatría y no al Servicio de Cirugía Pediátrica cuya actuación fue determinante del proceso y evolución del menor. Sin embargo, como se ha dicho, falta información al respecto.*

*Aunque en la Propuesta de Resolución se aclare que actualmente el HUNSC no cuenta con Servicio de Cirugía Pediátrica por falta de facultativos de esta especialidad, ello no obsta para solicitar informe a alguno de los cirujanos pediátricos que atendieron al menor durante su estancia en el HUNSC, aunque no estén actualmente prestando servicios en el HUNSC, pues si estuvieran en otro centro sanitario dependiente del SCS o fuera del ámbito del SCS, nada obsta para que se recabe su informe.*

*- En cuanto a los problemas respiratorios que presentó el menor durante su estancia en el HUNSC, incluida la pérdida de parte del pulmón, existen cuestiones sobre las que no hay un claro pronunciamiento en la Propuesta de Resolución.*

*Así, consta en el informe del Servicio de Pediatría del HUNSC que «los síntomas respiratorios son muy frecuentes en este tipo de patologías, presentando tos (en el 75% de los casos), sibilancias (hasta en un 40%) y disnea (hasta en un 37%). Y añade que desde el día 22/8/2018, (...) permaneció con ventilación no invasiva. Presentaba abundantes secreciones, realizándose fisioterapia respiratoria, para ayudar y entrenar en la movilización de las mismas. Y señala que, inicialmente, los episodios de desaturación se relacionaban con acúmulo de secreciones y que todos estos procesos se describen en la bibliografía médica, y en nuestra experiencia clínica, como complicaciones frecuentes de los pacientes con atresia de esófago».*

Ahora bien, señala que el día 16 de septiembre de 2018 se observa por primera vez un episodio de desaturación que impresiona de obstrucción de vía aérea superior. Por ese motivo el día 17 de septiembre se programa la broncoscopia/endoscopia digestiva, a cargo del Servicio de Cirugía Pediátrica en quirófano, que se realiza el 25 de septiembre. Ante la imposibilidad del paso del broncoscopio a través de las cuerdas vocales en la broncoscopia del día 25 de septiembre, el Servicio de Cirugía Pediátrica interpreta que hay una obstrucción a nivel laríngeo, por lo que finalmente se decide programar videobroncoscopia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), a cargo de Neumología Pediátrica. Se realiza el día 28 de septiembre y en esa exploración está presente el Servicio de ORL.

En tráquea, a nivel de 2-3 anillo traqueal, se observa material quirúrgico (2 clips usados por los cirujanos para el cierre de la fístula traqueoesofágica) incrustado en pared lateral de la tráquea. Se observan secreciones, no quedando claro si vienen de vía aérea superior o a nivel de una posible fístula donde está el material quirúrgico. Ese mismo día se retiran los clips traqueales en quirófano.

Por su parte, en el informe de alta del Servicio de Neonatología, al respecto, se indica *«En la endoscopia no se confirma que exista estenosis esofágica y en la broncoscopia se objetiva inflamación de la vía aérea superior significativa decidiéndose no entrar en cuerdas vocales y hacerlo en un segundo tiempo.»*

*Dos días más tarde, se repite broncoscopia (en esta ocasión participan Neumología Pediátrica, ORL y Cirugía Pediátrica) visualizando dos pinzas (hemolocks) en luz traqueal que son retiradas mediante broncoscopio rígido. Se encuentran no adheridas y rodeadas de secreciones. Se extraen sin incidencias constatándose integridad de la pared traqueal. La sospecha diagnóstica es de migración a la luz traqueal de estas pinzas utilizadas para cerrar la fístula en la segunda intervención quirúrgica».*

Sobre el abandono de este material quirúrgico en el interior del cuerpo del paciente, los reclamantes alegan que existía un mínimo de tres clips que han sido encontrados hasta la fecha en el cuerpo de (...), de los cuales dos fueron encontrados en el HUNSC y otro en el Hospital 12 De Octubre de Madrid y que no se tiene protocolo de esta operación del 25 de julio de 2018, por lo que no se sabe cuántos fueron utilizados. Sobre esta cuestión sólo se dice en el informe de Cirugía Pediátrica del CHUMI que:

*«En el protocolo de la cirugía practicada el 25/07/2018, se habla del uso de hemolcks pero no de su número. Existe un fenómeno llamado "migración" por el que un material introducido en el cuerpo tiene la posibilidad de desplazarse, lo que parece evidente en este*

*caso, pues los clips citados se colocan por fuera de la vía aérea, precisamente para el cierre de la fístula broncoesofágica. Al no ser radiopacos no se puede apreciar su situación».*

Por otra parte, no descarta que la existencia de estos cuerpos extraños hayan sido la causa de los episodios de desaturación/dificultad respiratoria que presentó el menor.

Por tanto, no queda claro el número de clips que se hallaron en el interior del paciente y si esto se considera o no una infracción de la *lex artis*, a lo que se añade que no consta en el protocolo de la cirugía practicada el 25 de julio de 2018, el número de hemoclips utilizados.

Finalmente, no queda clara la causa de la pérdida parcial del pulmón, es decir, si se trata de una complicación inherente al proceso quirúrgico y descrita en el documento de consentimiento informado, o por el contrario se debe una mala praxis médica, por lo que debe informarse al respecto.

Consta en el informe de alta de Neonatología (folio 1102 y 1103 del expediente consultivo) que la estenosis esofágica y la fístula traqueoesofágica fueron secundarias a la cirugía de atresia de esófago, lo que requirió dos cirugías, una el 31 de octubre y otra el 13 de noviembre de 2018 y en esta última, consta que se lesiona parénquima pulmonar observando fuga a nivel de lóbulo medio, fuga que se cierra con sutura mecánica.

En el informe de evolución del Hospital 12 de Octubre (folio 2021) consta, a la llegada del paciente al centro:

- Atresia esofágica intervenida (...) CUANDO? (...) con postoperatorio tórpido. Realizan gastrostomía, banding, toracotomía para fístula traqueo-esofágica. Posible lesión quirúrgica en pulmón derecho.

- 13/11/2018 (2ª cirugía correctora) se lesionó el parénquima pulmonar siendo necesario cerrar la fuga importante con una sutura mecánica >> dehiscencia >> sospecha de fístula TE.

Diagnóstico prenatal de atresia de esófago. Atresia anal. Fístula entero-uretral.

A los dos días del nacimiento: Gastrostomía y cierre del esófago distal y colostomía. Se alimenta completamente por gastro desde el 12º día de vida.

A los 28 días de vida: Cirugía correctora por toracotomía derecha. Cierre de fístula traqueoesofágica y anastomosis terminoterminal. Durante el postoperatorio múltiples complicaciones como estenosis, refistulización y dehiscencia sutura



esofágica con apertura a cavidad pleural. Infecciones de repetición. Colonización por *Serratia marcescens*.

Por tanto, no queda suficientemente claro en los informes recabados, si el postoperatorio tan tórpido que tuvo este paciente, con todas las complicaciones descritas en la historia clínica, fueron inherentes a la propia patología que presentaba y a los procesos quirúrgicos a los que estuvo sometido, o bien existió en el proceso asistencial alguna actuación contraria a la *lex artis* causante de las complicaciones producidas.

5. Finalmente, tal y como consideró la Jefa de Servicio de Normativa y Estudios, se considera necesaria y pertinente la información que pueda aportar el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital 12 de Octubre de Madrid, a fin de determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial. Si bien se recabó, en su momento, informe al Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital 12 de Octubre de Madrid, éste no fue emitido. Por ello es relevante el parecer del Servicio de Cirugía Pediátrica de este Hospital, por su especialización en las patologías que presentaba el paciente, y porque trataron al menor tras su derivación desde el HUNSC.

De este modo, se considera necesario reiterar la petición de informe a efectos de determinar si existió mala praxis médica en la atención dispensada en el HUNSC, para lo cual se puede canalizar dicha petición, en virtud del principio de colaboración interadministrativa previsto en los arts. 140.1.c) y 141.1.d) LRJSP, a través de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid o de la Dirección del Servicio Madrileño de Salud.

6. Por todo lo dicho, a la vista de la incertidumbre existente en torno a alguno de los extremos atinentes al caso y en aras a garantizar los derechos de los interesados, resulta necesario requerir al SCS la emisión de un informe complementario -concretamente al SIP, y con carácter previo a éste, de los servicios intervinientes-, de modo que se deberá solicitar informe de los facultativos especialistas en Cirugía Pediátrica que atendieron al menor durante su ingreso en el HUNSC y del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital 12 de Octubre de Madrid que, en el supuesto sometido a nuestra consideración, habrá de pronunciarse, en línea con lo ya señalado, sobre las cuestiones referidas en el punto 4 de este Fundamento.

7. Después de todo ello, dado que los informes solicitados tienen por objeto información médica relativa a la cuestión de fondo fundamental en este asunto, se le otorgará el trámite de vista y audiencia a los interesados y, tras ello, se emitirá una

nueva Propuesta de Resolución que será objeto del preceptivo Dictamen de este Consejo Consultivo.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, no se considera conforme a Derecho, pues es necesario retrotraer las actuaciones por los motivos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.