Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 8 5 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de junio de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 su hijo, menor de edad, (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 319/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la corrección jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por la interesada -folios 1081 y 1082- determina el carácter preceptivo del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC-, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en lo sucesivo, LPACAP-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, 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

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

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 delegó 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 el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con 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. En lo que respecta a la legitimación -activa y pasiva- procede efectuar las siguientes consideraciones.

5.1. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el reclamante la condición de interesado al haber sufrido un daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

En este sentido, se ha de señalar que la reclamación extracontractual de la madre –(...)- 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, letra 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.

5.2. Por otro lado, corresponde al Servicio Canario de la Salud la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción, toda vez que la reclamación se presentó el 25 de mayo de 2020 respecto a unos hechos cuyas

secuelas están aún por determinar [art. 67.1 LPACAP]. Extremo éste que no es cuestionado por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21 LPACAP].

II

La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a su hijo menor de edad en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias -en adelante, HUC-.

A este respecto, y como se indica en la Propuesta de Resolución, la interesada fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos -folios 3012 y ss.-:

«1.- Que, con fecha 5 de diciembre de 2018, (...) con cuatro meses de edad y 6.7 kilos en ese momento, acudió por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), remitido por su pediatra del Centro de salud de San Benito diagnosticado de bronquiolitis.

Se decide su ingreso en planta, siendo el motivo de ingreso proceso respiratorio agudo que precisa terapia nebulizada y oxigenoterapia. Se decidió dar el alta al cuarto día sin cumplir el criterio de estar 24horas sin necesidad de oxigenoterapia y presentando tiraje sub e intercostal, basándose en que tiraje que presentaba podría deberse a la forma de respirar del bebe según le informan a la madre y comunican la necesidad de camas por lo que, proceden a dar el alta al paciente.

Este primer ingreso no se realiza ningún tipo de prueba complementaria que un aspirado nasofaríngeo y es diagnosticado por bronquiolitis aguda.

Tras este primer ingreso el lactante nunca se recuperó del todo, mantenía la tos húmeda y la mucosidad en la nariz, teniendo que seguir durante todo el mes con el tratamiento y fármacos recetados y visitas continuadas en su centro de salud.

2.- Tras no existir mejoría e incluso observar que con los días empeora, se acude el 5 de enero de 2019 al servicio de Urgencias del HUC, siendo el motivo de la consulta tos y mocos.

Se diagnostica catarro de vías altas, tiraje leve y se da el alta sin realización de ningún tipo de prueba complementaria. Se mantiene tratamiento de Salbutamol.

3. - El 7 de enero del mismo año y no viendo mejoría, se acude nuevamente al Servicio de Urgencias del HUC, por empeoramiento de tos húmeda asociado a vómitos con restos de mucosidad. Las ingestas comienzan a disminuir, desde este momento. Se observa tiraje subcostal. Se pasa de diagnosticar un catarro de vías altas a diagnosticar una Bronquiolitis aguda leve. Se da nuevamente alta sin realización de prueba complementaria y se mantiene el salbutamol.

4. - El 5 de febrero de 2019 se acude nuevamente al Servicio de Urgencias del HUC, motivo, fiebre alta 39.3, mucosidad nasal persistente desde el primer ingreso del 6 del de diciembre de 2018 y tos. Su pediatra del centro de salud además del tratamiento continuado de Salbutamol le recetó Budesonida Inhalada.

Se observa taquipnea y discretas sibilancias en la auscultación. Se diagnostica virosis y se da el alta a pesar de la persistencia de la taquipnea y sibilancias, basándose únicamente en mejorar la fiebre con paracetamol.

5.- El día 2 de abril de 2019, debido al estado continuo y sin mejoría y con empeoramiento del paciente, se acude nuevamente al Servicio de Urgencia del HUC, es ingresado en planta el día 3 de abril de 2019, por tos, mucosidad, febrícula, dificultad respiratoria.

A pesar de la insistencia de los padres de que su hijo no presenta ninguna mejoría sino empeoramiento desde su primer ingreso, y solicitar que sea observado en planta por un neumólogo, y que se le haga prueba complementarias como una radiografía torácica, siendo la respuesta de los facultativos, que ya se citaría telefónicamente a los padres más adelante, para la realización de la radiografía, cita con el neumólogo pediátrico y analítica, siendo la única prueba complementaria realizada en planta un aspiradonasofaríngeo.

Se le da el alta, tras cuatro días de ingresos, y sin que haya pasado 24 horas sin necesidad de oxigenoterapia, al igual que el primer ingreso. Se decide tratar la posible bronquitis bacteriana persistente con Amoxicilina – Clavulánica, sin realizar previamente un cultivo ni antibiograma y poder así efectuar una adecuada terapéutica.

6.- El 20 de abril de 2019, doce días del último ingreso hospitalario, el paciente acude a las 14:35 horas acompañado de sus padres al Servicio de Urgencias del HUC, el niño presentaba ya una grave dificultad respiratoria, con bastante mucosidad nasal tos húmeda y fiebre de hasta 38, 2º C. sin apetito, fue reduciendo sus ingestas gradualmente desde el primer ingreso, hasta el punto de comerlo necesario para mantenerse consciente. No se realiza ningún tipo de prueba complementaria por considerar que no se precisaba en el momento actual, a pesar del trabajo respiratorio, tiraje y hundimiento de costillas que

presentaba el menor de 8 meses y de solicitar los padres la realización de una radiografía de tórax.

Se administra paracetamol, estilsona, Salbutamol nebulizado, y metamizol por la persistencia de la fiebre. Se diagnostica bronquitis aguda moderada y se da el alta a la 2.04 de la madrugada.

7.- El día 21 de abril de 2019, a las 10:31 horas, los padres regresan con el paciente en brazos, al HUC, el paciente estaba cansado, con mucha dificultad respiratoria, sin ingestas, y dormido la mayor parte del tiempo, se le exigió nuevamente la realización de pruebas complementarias a los facultativos, las cuales no se consideraron necesarias, a pesar de la no realización de ninguna prueba complementaria se diagnostica sospecha de neumonía vírica bronquitis aguda moderada secundaria.

8. - Le dan el alta al paciente el 22 de abril a las 0:48 horas de la madrugada, a pesar de sufrir desaturación de hasta 91% despierto y del tiraje que califican supuestamente como leve, y ello basándose en el domicilio cercano de los padres y que eran padres entrenados. Se va a casa sin ningún tipo de variación en su medicación que se mantiene en sus pufs de budesonida, salbutamol, estilsona y paracetamol.

9.- El 22 de abril de 2019, los padres desesperados sin saber dónde acudir con su hijo, observando su avanzado empeoramiento, y tras la omisión, de los facultativos del HUC, acuden desesperadamente a un médico privado, quien valora al menor, receta amoxicilina y advierte acudir al complejo hospitalario en las próximas horas de forma urgente si no hay mejorías.

10. - Dado el estado de gravedad que presentaba él bebe de ocho meses, se acude el 23 de abril a las 7.30 horas de nuevo al Servicio de Urgencia del HUC, se vuelve a diagnosticar bronquitis aguda grave e insuficiencia respiratoria secundaria aguda. Los padres exigen con notorio enfado que se le realice una radiografía de tórax, para descartar una posible neumonía y ver el estado de los pulmones del menor, así como que fuera examinado por un neumólogo lo cual se había solicitado en numerosas ocasiones, negándose a su realización, y justificándose en que ya me darían cita telefónicamente para realizar las pruebas y posterior consulta con el neumólogo, en los informes se recalca que él bebe ya tenía cita con neumólogo para el mes de junio, pero esa cita la consiguieron los facultativos del servicio de Urgencias el día 22 de abril cuando estuvo en observación y por las exigencias de la madre.

Se pasa a una cama en observación y comienzan como, en las demás ocasiones, con el tratamiento de tres nebulizaciones en una hora. Tras ser revisado por los facultativos, incluso se dirigen al familiar que en ese momento acompañaba al bebe de ocho, diciendo que notaban mejoría y que posiblemente le darían el alta en unas horas.

Desde las siete y media de la mañana hasta las cuatro horas de la tarde el paciente paso las horas en la cama de observación a base de nebulizaciones con dificultad respiratoria e hipoxemia, precisando oxigenoterapia con FI02 hasta 50%, totalmente decaído, sin procesar ningún tipo de alimentación desde días atrás. Por lo que tras mantenerlo en este estado todo el día se decide su ingreso en UCIP a las 16:00 horas aprox.

Cuando ya el paciente se encuentra en estado crítico en UCIP es cuando se procede a la realización de todas las pruebas complementarias, que van desde analítica sanguínea, aspirado nasofaríngeo y radiografía de tórax.

A la llegada de la madre a la UCIP, ésta informa al facultativo que la recibió, de todo el historial de su hijo, y que este nunca se había recuperado de su primera recaída hace cuatro meses, lo cual queda reflejado en varios de los informes médicos, con lo cual deberían haber valorado desde el primer día una posible sobreinfección bacteriana, además de vírica, la cual se presumió hacía 12 días en su último ingreso hospitalario ,razón por la cual le mandaron Amoxicilina clavulánico por posible bronquitis bacteriana prolongada aunque sin la realización de ningún cultivo y consiguiente antibiograma para su efectivo tratamiento. Debiendo en la UCIP haber tratado al paciente con antibióticos desde un primer momento. Pero no se sentaron a estudiar el historial médico y omitieron los antibióticos en un primer momento.

Pasan las horas y el estado del menor empeora, decaído, dormido la mayor parte del tiempo salvo cuando sufre los picos de fiebre momento en el que se pone irritable. La alimentación la mantiene por sonda.

11.- El día 25 de abril ya se diagnostica neumonía vírica con broncoespasmo asociado.

Sigue con picos de fiebre, empeoramiento a lo largo de la tarde, la madre vuelve a recalcar la posibilidad de una sobreinfección además reflejada por los facultativos que lo llevaron en planta hacia dos semanas. Se volvió a descartar esa posibilidad. Mientras que el paciente mantenía sus picos de fiebre y empeoramiento.

12.- El día 26 de abril, estado igual sin ninguna mejoría, la madre del menor avisa de la supuración del oído derecho, se recojo exudado, y es cuando se inicia la antibioterapia con amoxicilina – clavulánico. A lo largo de la tarde se observa un empeoramiento y comienza a supurar el oído izquierdo se recoge exudado.

13.- Día 27 de abril, estado del menor sin cambios, se mantiene dormido todo el día, y en los momentos de irritabilidad por los picos de fiebre se administra sinogan.

14. - Día 28 de abril, el paciente se encuentra estancado desde el punto de vista respiratorio según se detallan en los informes, más taquicárdico a pesar de permanecer dormido y por picos de fiebre, aún se encuentra a la espera del antibiograma. Y debido a su empeoramiento se decide repetir control analítico y radiografía de tórax, y dada la escasa

mejoría clínica, radiológica y analítica se decide cambiar la antibioterapia por cefotaxima a la espera del antibiograma.

15.- -Día 29 de abril, el estado del paciente es mucho peor, con mayor necesidad de O2, se optimiza BIPAP, se mantiene con morfina.

Los resultados del antibiograma tardan tres días. De la que resulta que, el oído izquierdo sufría otitis media aguda supurativa Treptocococcus Pneumoniae, resistente a amoxicilina – Clavulánico, por la cual no se observaba mejoría del paciente sino empeoramiento, al no aplicarse el antibiótico adecuado, aquí debemos hacer un paréntesis y regresar al ingreso del día 3 de abril, en el momento del alta el día 6 de abril se le receta Amoxicilina – Clavulánica, para tratar la posible sobreinfección bacteriana, sin cultivo y antibiograma previos, por lo que esa sobreinfección bacteriana no fue tratada de forma correcta, provocando el empeoramiento del paciente, a lo largo de los días, añadiendo además del virus Respiratoria Sincitial, la pasividad, tardía reacción del Servicio de Urgencia del HUC y la falta de realización de pruebas, serian todos estos los que desencadenaron el estado crítico del paciente y el consiguiente daño pulmonar permanente e irreversible y enfermedad obstructiva crónica.

16- Día 30 de abril, comienza a ver una pequeña mejoría, tras la aplicación del antibiótico correcto. El oído derecho, por su parte, estaba afectado por Moraxella catarrhali.

17. - El 6 de mayo de 2019 pasa a planta para su total recuperación. En el momento de alta de la UCIP a planta y a pesar de la gravedad del paciente este fue acomodado en una habitación compartida, con un paciente lactante afectado de un virus respiratoria el cual estaba acompañado de su madre, afectada también por un virus respiratorio, pasando con ellos en la misma habitación, todo el día y toda la noche, hasta que le madre del paciente reclama el aislamiento del menor, a lo cual la respuesta del equipo de enfermería fue "nos tenemos que adaptar, al igual que cuando uno va a la sala de urgencias está en contacto con más personas enfermas" al insistir la madre del paciente, en la gravedad de este, y que este ya no portaba ningún virus tras haber pasado en UCIP 15 días y así constatarlo las pruebas, y de seguir las instrucciones de aislamiento por gotas establecidas para el paciente, se procede al cambio de habitación 24 horas más tarde, y tras advertir de formular una reclamación si no se adoptaban las medidas de aislamiento que precisaba el paciente, para no ser afectado nuevamente y verse incurso en otro proceso respiratorio grave.

18.- El día 24 de mayo de 2019, el paciente recibe el alta. Durante su estancia en planta y dada la situación de estancamiento del paciente, el facultativo que lo atendió en todo momento en planta y al cual se le agradece toda su labor de antemano, decidió realizar un estudio respiratorio exhaustivo, de cual salido el siguiente diagnóstico:

- Bronquiolitis obliterante posiblemente post – infecciosa.

- Neumonía por VRS

- Sobreinfección bacteriana.

- Insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria.

- Otitis media aguda bilateral.

-A pesar de los repetidos ingresos del menor por procesos respiratorios, de la gravedad y estado crítico del menor, en este último ingreso, de sufrir una neumonía que casi la causa la muerte, y de ser diagnosticado de una enfermedad pulmonar obstructiva (bronquiolitis obliterante), y de dar el alta con un complejo listado de tratamientos y fármacos, no es observado detenidamente por un neumólogo, y se le da cita con el mismo para dentro de un mes que era la cita que tenía mantenida y se había solicitado desde hacía cinco meses, incluso en este caso no fue adelantada.

19.- A partir de este momento el paciente, siguió repitiendo numerosos ingresos, decaídas, perdida notable de peso. Así el 9 de junio de 2019, acudió al Servicio de Urgencia del HUC por picos de fiebre y tos seca. Se diagnostica catarro de vías altas, sin realizar ningún tipo de prueba complementaria y dado singularidad del paciente.

20.- El 8 de julio de 2019, se acude al Servicio Canario de Urgencias del Hospital Universitario por dificultad respiratoria, se diagnostica bronquitis aguda leve, sin realización de ningún tipo de prueba.

21.- El 9 de julio de 2019, se acude nuevamente al hospital, por dificultad respiratoria, se diagnostica reagudización respiratoria, y no se realizan pruebas complementarias.

22.- El 12 de julio de 2019, se vuelve acudir al Servicio de Urgencias del HUC por dificultad respiratoria, fiebre y disminución de las ingestas, aquí ya realizan analítica de sangre y aspirado nasofaríngeo, después de ser exigido por la madre, y se diagnostica bronquitis aguda.

23. - El 7 de agosto de 2019, se acude nuevamente al Servicio de Urgencias del HUC por dificultad respiratoria, se diagnóstica bronquiolitis aguda. No se realizan pruebas complementarias.

24. - El 28 de octubre de 2019, se acude al Servicio de Urgencias del HUC, por dificultad respiratoria, y es ingresado nuevamente en UCIP por bronquiolitis obliterante y reagudización grave por VSR (Virus respiratoriaSincitial), Rhinovirus. Necesitando ventilación mecanizada nuevamente. Duración ingreso en UCIP 10 días.

La madre solicita que se aplique en el paciente, el anticuerpo monoclonal Palivizumab, para poder prevenir de este virus al menor, el cual lo ha puesto en grave riesgo en dos ocasiones, y evitar así el continuo deterioro y daños irreparables en sus pulmones, a los cual se le dio una respuesta negativa.

25.- El 15 de diciembre de 2019, se acude al Servicio de Urgencias del HUC, por tos y dificultad respiratoria, se diagnostica bronquitis aguda moderada, sin prueba complementaria.

26.- El 30 de enero de 2020, acude nuevamente al Servicio de Urgencia del HUC, con dificultad respiratoria, y se acuerda su ingreso en planta, diagnostico bronquitis aguda moderada por Rhinovirus e Hipoxemia secundaria. Recibe el alta el día 4 de febrero de 2020.

Es a partir de este ingreso, casi un año después del diagnóstico de bronquiolitis obliterante, cuando se decide comenzar con ciclos de seis meses de tratamiento de corticoides endovenosos, para intentar bajar en su caso las inflamaciones que pudieran existir, esperaron un año para ello, cuando es, en la fase aguda, antes que el daño pulmonar esté establecido, cuando debe hacerse uso de corticoides sistémicos, a diario o en pulsos mensuales, y así intentar disminuir la respuesta inflamatoria, así lo dispone la Asociación Española de Pediatría.

Para este tratamiento el paciente, debe ingresar tres días al mes durante seis meses para la administración de la medicación, exponiéndose a los efectos que conlleva. El paciente se expone a todos estos riesgos, sin tener la seguridad de que el tratamiento de corticoides sea efectivo, y menos aún, comenzó a aplicarse un año después de que el daño pulmonar se haya establecido.

27.- El 1 de marzo de 2020, acude al Servicio de Urgencias del HUC, por dificultad respiratoria, se procede nuevamente a su ingreso en planta, para su estabilización durante cinco días, diagnostico Bronquitis aguda moderada por Bocavirus en paciente de riesgo. Es en este momento y en este último ingreso cuando se considera al niño como un paciente de riesgo, y no antes o por lo menos no lo estipulan anteriormente así en los informes. Y es a partir de este momento y casi un año después de su principal diagnóstico de bronquiolitis obliterante, cuando termina la actitud pasiva de la mayoría de los facultativos que atendieron a lo largo de un año al paciente, y se pusieron manos a la obra en buscar los problemas y soluciones al paciente. Tal como queda reflejado es este último informe de alta donde se establece la necesidad de acudir a las siguientes consultas externas: neumología infantil, nutricionista por el bajo peso del paciente, y gastroenterología. (TRATAMIENTO TARDO UN AÑO DESPUÉS Y TRAS NUMEROSO INGRESOS, DOS DE ELLOS MUY GRAVES).

De tal forma que se empezó a controlar con exhaustividad si existe algún problema de reflujo que pueda afectar al menor, cita con digestivo, se le realizo una ecografía que no dio dato alguno de reflujo pero al no ser contundente se decidió realizar una impedanciometria el día 18 de mayo, a sabiendas que también podía ser complicado conseguir con ello, un resultado que nos aclarará si el paciente padece reflujo, dicha impedanciometria se sabía ya de antemano que daría un resultado seguro, por la dificultad de colocación de la sonda a un paciente tan pequeño, y así fue, quedo mal colocada, y no por culpa del facultativo que la

colocó, sino por lo complicado que resulta colocarla a un niño de 19 meses, que no se mantiene quito, llora y sufre. Por lo que el menor, después de dos intentos para poder introducir la sonda y más de 20 minutos para su colocación y pasar 24 horas con la misma puesta, con un comportamiento reacio encontrándose molesto, incomodo, sin comer y sin apenas moverse, para que el resultado fuera el que ya esperaban los especialistas, es decir, no era válido.

En el último ingreso para proceder a la administración de la medicación endovenosa, se realizó TAC, tras un año del último, solicitado por la neumóloga, para descartar que cualquier enfermedad de base que justifique todo el historial de paciente, pero lo único que se pudo confirmar fue el diagnóstico principal de la Bronquiolitis Obliterante (BO) y además ahora se ha detectado también bronquiectasia.

El paciente, es diagnosticado de BO, tras su primer ingreso en UCIP a lo largo del mes de mayo de 2019 tras la realización de un TAC. Y tras casi año y después de la realización de un segundo TAC un año después, se diagnostica también de bronquiectasia. Su enfermedad pulmonar obstructiva ha generado que el paciente pasará de un percentil 75 a un percentil 2 actualmente, encontrándose con riesgo de desnutrición, lo cual influye en el crecimiento y desarrollo del pulmón, que es importante, sobre todo en estos primeros años de su vida, ya que se relaciona con la función de la musculatura respiratoria. Actualmente también tiene Anemia y Hierro bajo.

A la vista de todo lo expuesto, la interesada reclama indemnización por responsabilidad patrimonial del SCS, dado que entiende que se debía de sospechar de BO desde el primer ingreso por bronquiolitis aguda, que sufrió con cuatro meses, y tratarlo desde ese momento, evitando llegar así al estado de gravedad del daño pulmonar actual. Además, en relación con la bronquiectasia primaria, el paciente solo recibió fisioterapia, en sus últimos ingresos, no estableciéndose consultas externas para la realización de sesiones semanales.

Actualmente, -en el momento en el que se efectúa la reclamación- se está barajando la posibilidad de tratamiento quirúrgico según lo hablado en la última cita con neumología, pero es algo que aún no lo ven muy cercano y que está pendiente de estudio».

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 23 de mayo de 2020, (...), actuando en nombre e interés de su hijo menor de edad -(...)- insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios

causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada al menor en el HUC.

2. Con fecha 27 de mayo de 2020 se admite a trámite la reclamación extracontractual formulada por la Sra. (...); acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando -por el órgano instructor- realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente -entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable-.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a la interesada.

3. Con fecha 28 de mayo de 2020 se solicita al SIP que, a la vista de la historia clínica y una vez recabado el oportuno informe del Servicio cuyo funcionamiento haya ocasionada la presunta lesión indemnizable, se proceda a emitir informe en relación con los hechos denunciados por la perjudicada en su reclamación.

4. Consta en el expediente instruido la evacuación de informe por parte de los siguientes Servicios del HUC: Servicio de Urgencias Pediátricas -19 de junio de 2020-; Hospitalización Pediátrica -8 de junio de 2020-; Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) -19 de junio de 2020-; y Neumología Pediátrica -13 de junio de 2020-.

5. Con fecha 26 de octubre de 2023 se dicta acuerdo probatorio por el que se incorporan -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración durante el periodo de instrucción y se admite a trámite la prueba documental y pericial propuesta por la reclamante, concediéndole a ésta un plazo de treinta días para que aportara el informe pericial que estimara oportuno.

Dicha resolución administrativa figura convenientemente notificada a la interesada.

6. Con fecha 2 de noviembre de 2023 la interesada formula escrito de alegaciones en el que se manifiesta lo siguiente: *«Que, en el trámite de prueba acordado, se tenga por aportadas como pruebas la documentación obrante en el expediente, no considerando necesario la aportación de informe pericial por esta parte interesada».*

7. Con fecha 3 de noviembre de 2023 se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia; constando en el expediente su notificación en legal forma a la reclamante.

8. Con fecha 17 de noviembre de 2023 la interesada formula escrito de alegaciones. Asimismo, y con fecha 30 de noviembre de 2023 procede a la cuantificación del importe indemnizatorio reclamado.

9. Con fecha 24 de noviembre de 2023 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) formulada por (...), en representación de su hijo, menor de edad, (...), por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública»*.

10. Mediante oficio de 27 de noviembre de 2023 [con registro de entrada en este Organismo consultivo al día siguiente], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

11. Con fecha 1 de febrero de 2024 se emite dictamen n.º 63/2024 de este Consejo Consultivo de Canarias en el que se ordena retrotraer las actuaciones en los términos especificados en su Fundamento Jurídico 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 28 de mayo de 2020 -folio 255-. 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, pero no justifican que ésta fuera ajustada a la lex artis.

A mayor abundamiento, y con independencia de si en el caso concreto examinado el órgano instructor hubiera cursado o no la correspondiente petición de informe al SIP, resulta necesario destacar la especial significación y relevancia de este informe 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.

A este respecto, hemos de comenzar reiterando que, conforme a nuestra doctrina (véase, 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.

Ahora bien, el informe del SIP ofrece una perspectiva integradora y omnicomprensiva de la asistencia sanitaria prestada, que va más allá de la atención concreta llevada a cabo por parte de los distintos servicios médicos implicados en cada caso, y 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.

Por otra parte, el informe del SIP permite también suplir las eventuales deficiencias de que pudiera adolecer, en su caso, alguno de los informes evacuados por los servicios médicos implicados en la prestación sanitaria al paciente, proporcionando una fundamentación adecuada, completa y consistente en apoyo de la Propuesta de Resolución que el órgano instructor venga a formular en los procedimientos de responsabilidad extracontractual cuya tramitación le incumbe.

Por lo demás, y como ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en su reciente Dictamen 41/2024, de 25 de enero, «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, fuera de estos supuestos particulares -en los que se habrá de atender a las concretas circunstancias concurrentes en el caso analizado en aras a prescindir o no de la evacuación del informe del SIP-, lo cierto es que, con carácter general, resulta pertinente -a la par que necesaria- la emisión del citado informe. Y ello no sólo en atención a su contenido y funcionalidad (centrado en la exposición de los antecedentes médicos y estado de salud del paciente, así como en la descripción/explicación de las dolencias que aquejan a éste; en el

análisis de conjunto -a la luz de la lex artis ad hoc- de la actuación médica practicada, y en la formulación de conclusiones relativas a la corrección -o no- del proceder médico -previo examen de la historia clínica y de los informes emitidos por los servicios médicos implicados en la atención dispensada al paciente-), sino, además, porque viene a suplir la falta de conocimientos técnicos y/o médicos por parte de los miembros de este Consejo Consultivo de Canarias, permitiendo a este Organismo consultivo contar con los elementos de juicio suficientes como para poder formarnos una razonable convicción respecto al fondo de la reclamación interpuesta -y poder valorar adecuadamente los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones- (en idéntico sentido nos hemos pronunciado en nuestro reciente Dictamen 53/2024, de 25 de enero).

2. Así pues, la constatación de la deficiencia procedimental comentada en el apartado anterior impide considerar que el expediente se haya tramitado correctamente desde el punto de vista jurídico-formal, motivo por el que este Consejo Consultivo no puede analizar y, en última instancia, dictaminar convenientemente respecto al fondo del asunto que ha sido sometido a su consideración.

Es por todo ello que procede retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe del SIP en los términos interesados por el órgano instructor en su solicitud de 28 de mayo de 2020.

Una vez cumplimentado el trámite anterior, y otorgada vista y audiencia a la interesada, se formulará una nueva Propuesta de resolución, que se remitirá ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión del dictamen preceptivo a que se refieren los arts. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP».

12. Con fecha 24 de abril de 2024 se emite el informe del SIP; dándose traslado de éste a la interesada a fin de que, una vez instruida de su contenido y conclusiones, pudiera manifestar cuanto tuviese por conveniente.

13. Con fecha 5 de mayo de 2024 la reclamante formula escrito de alegaciones.

14. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

15. Con fecha 15 de mayo de 2024 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la

reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) formulada por (...), en representación de su hijo, menor de edad, (...), por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública»*.

16. Mediante oficio de 17 de mayo de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 20 de ese mismo mes y año], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias ex art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente menor de edad.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

1.1. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil

acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo « (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: *«Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel*

cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

1.2. Una vez examinado todo el contenido del expediente administrativo tramitado, tanto las alegaciones iniciales de la reclamante como las más recientes y próximas a este Dictamen, y de igual modo los informes médicos y el informe del SIP, resulta que la valoración conjunta y detenida de todo ello, es decir del conjunto documental que obra en las presentes actuaciones, conduce a la imposibilidad de estimar acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»,* como se razona y describe en cada una de las sucesivas actuaciones realizadas por los distintos servicios intervinientes, todas las cuales son analizadas en el informe citado [SIP] y contrastadas con las reglas de la *lex artis* aplicables a cada una.

Entiende este Consejo, por ello, que es imposible, así, atribuir a tales actuaciones -vistos los informes- contradicción con las reglas profesionales y consiguientemente imputar a aquellas la responsabilidad de los padecimientos, es decir, estimar que constituyen su causa. De esta manera, no procede por ello declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, es obligado considerar conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En este sentido, resulta oportuno reproducir las consideraciones efectuadas por el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, al señalar [con remisión a los diversos informes médicos que obran en las actuaciones -art. 88.6 LPACAP-] cuanto se expone a continuación -folios 3021 y ss.- que estimamos relevante reproducir:

«CUARTO.- En este caso, la reclamación se centra en la demora en la realización de pruebas y de atención especializada al menor, lo que pudo evitar que sus problemas respiratorios se agravaran. A la vista de la reclamación formulada y de la Historia Clínica del menor, los especialistas informan, entre otros extremos, lo siguiente:

1.- Informe de Urgencias Pediátricas de 19 de junio de 2020: "Las infecciones respiratoria agudas suponen el motivo de consulta más frecuente en edad pediátrica, tanto a nivel de Asistencia primaria como especialmente en los Servicios de Urgencias Pediátricas.

(...) Las diferentes consultas realizadas al Servicio de Urgencias se producen con motivo de una infección respiratoria aguda cuyo diagnóstico y manejo siguiendo las recomendaciones de medicina basadas en la evidencia actual se debe realizar según los criterios clínicos, aplicando escalas clínicas de valoración objetivas validadas, puesto que el uso de pruebas complementarias para la detección de antígenos virales no implican cambios de tratamiento

ni de pronóstico de la enfermedad y en el caso de la radiografía de tórax, exponen a los niños de un modo innecesario a las radiaciones y aumentan la probabilidad de emplear antibióticos, de una forma innecesaria, por una enfermedad viral.

En el caso de la radiografía de tórax conviene recordar que en el "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España" (...) se debe evitar la realización de radiografías de tórax de forma rutinaria en las bronquiolitis.

En el intervalo de tiempo referido, creemos que la atención por parte del personal sanitario de presencia física en el servicio de urgencias al paciente de referencia, se han centrado en la valoración integral del paciente, sus signos clínicos y un correcto equilibrio entre beneficio y riesgo de las medidas diagnósticas y terapéuticas. Al mismo tiempo, la misma se realiza de manera multidisciplinar contando en varias ocasiones con el asesoramiento de los compañeros encargados del seguimiento más especializado en neumonía pediátrica y vehiculizando el seguimiento por las consultas externas de gastroenterología infantil por la afectación ponderal objetivada, lo que igualmente creemos queda patente de forma implícita en la asistencia prestada."

2.- Informe de Hospitalización Pediátrica de 18 de junio de 2020: "En el primer ingreso en diciembre de 2018, en el cual es diagnosticado de bronquiolitis y requiere estancia hospitalaria de cuatro días, no se realiza ninguna prueba complementaria, aparte de aspirado nasofaríngeo porque no existe indicación para ello (...) al no haber ningún signo clínico de complicación que sustentara dicha indicación. (...) en el caso de la radiografía de tórax, se recoge expresamente en el "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España" (...) se debe evitar su realización de forma rutinaria en la bronquilitis. En cuanto a la oxigenoterapia, en los protocolos de la Asociación española de Pediatría (AEP) se recomienda la administración de oxígeno de forma intermitente, interrumpiéndola cuando los valores sean 90-92 %, haya disminuido el trabajo respiratorio y el lactante pueda alimentarse de forma adecuada. En ninguna guía de práctica clínica se establece que un lactante deba permanecer 24 hs seguidas sin requerir oxigenoterapia para poder darse de alta y sólo alguna de ellas, la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) refiere que el paciente debe permanecer sin oxígeno suplementario de forma mantenida durante 8-12 hs de monitorización, incluyendo un período de sueño, como recomendación para dar de alta. En cualquier caso, ningún parámetro debe ser valorado de forma aislada sino en su conjunto, de tal manera que el clínico, realizando una valoración juiciosa de todos ellos de forma global, es quien tiene la capacidad para decidir el momento del alta al domicilio.

- En el segundo ingreso hospitalario, de abril de 2019, tampoco se considera indicada la realización de pruebas complementarias debido a la ausencia de signos de gravedad o complicación en la exploración física, como una asimetría en la auscultación pulmonar, persistencia de signos moderados o graves de dificultad respiratoria con mala respuesta al

tratamiento broncodilatador, fiebre mantenida, mal aspecto general (...) así como una buena evolución las 24-48 horas tras el ingreso, con mejoría de la auscultación pulmonar y de trabajo respiratorio. Ante la persistencia de síntomas respiratorios desde el primer episodio, a pesar del tratamiento inhalado que había estado recibiendo a tiempo, además de algún ciclo de corticoide oral, se establece el diagnóstico de bronquitis bacteriana persistente y se inicia antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico. El diagnóstico de dicha entidad es clínico y no se sustenta en la realización de un lavado broncoalveolar, prueba cuyo riesgo–beneficio y su alta invasivilidad no justifica en absoluto la práctica de forma rutinaria. El tratamiento antibiótico empírico que se estableció en este caso es el que recogen las guías de práctica clínica como primera opción para cubrir los gérmenes implicados más frecuentemente en las infecciones bacterianas de la vía aérea. En este ingreso tampoco se le da el alta al comprobar que el niño permanezca 24 hs sin requerir oxigenoterapia suplementaria, por los motivos anteriores.

En cuanto a la valoración especializada, (...) se asignó consulta de primera vez con el Neumología Infantil en el primer hueco disponible en su agenda, solicitando estudio neumológico completo para su realización de forma ambulatoria y previa a esa consulta, pues, (...) la ausencia de datos de gravedad y la rápida mejoría del niño tras su ingreso no justificaban su realización de forma urgente.

- En el tercer ingreso hospitalario, a finales de abril de 2019, es trasladado a la planta de Pediatría tras quince días de estancia en la UCI Pediátrica, a una habitación, compartida con otra niña también afecta de una infección respiratoria, ante la no disponibilidad, en ese momento, de habitaciones individuales en Planta. Sin embargo, se establecen y se cumplen en todo momento las medidas de aislamiento por gotas y de contacto, pertinentes para este tipo de pacientes, de uso rutinario en la Planta de Hospitalización (...) aún así, en cuanto hubo disponibilidad de una habitación libre individual, al día siguiente, se realizó su traslado a la misma, donde permaneció el resto del ingreso. (...) Dada la gravedad del proceso respiratorio y su tórpida evolución, con quince días de estancia en UCIP e imposibilidad a pesar de los tratamientos establecidos, para objetivar una mejoría rápida y franca del cuadro respiratorio y poder retirar oxigenoterapia se realiza (...) un estudio respiratorio y de inmunidad bastante amplio, que incluye TACAR (TC de alta resolución) y de tórax. Donde se objetivan hallazgos compatibles con bloncolitis obliterante. Por ello se solicita la valoración de Neumología Infantil (...) con quien se consensua el tratamiento al alta y el seguimiento previsto de forma ambulatoria (...) .

Tras este ingreso el paciente presenta un período de cierta mejoría, coincidiendo con el verano de 2019, durante el que siguió controles en consulta externa de Neumología Pediátrica. Sin embargo, presentó dos ingresos hospitalarios por reagudizaciones infeccioso-respiratorias, octubre de 2019, con estancia inicial en UCIP y enero de 2020. Tras esta última, ante el diagnóstico establecido y la afectación en el medro de forma secundaria,

objetivadas a pesar de los múltiples tratamientos instaurados (...) se considera oportuno la instauración de terapéutica con ciclos de corticoide endovenoso, así como la intensificación del manejo ambulatorio desde el punto de vista nutricional y digestivo.

- El resto de ingresos hasta la actualidad (junio de 2020) está en relación con la administración de corticoide endovenoso, sin que se haya producido incidencia alguna significativa, durante los mismos".

3.- Informe de UCI Pediátrica: "(...) ingresa en UCIP cuando se objetiva la necesidad de soporte respiratorio (ventilación, no invasiva), indicándose en estos pacientes radiografía de tórax y la canalización de vía venosa con lo que además se extrae analítica sanguínea y hemocultivo, resultando la analítica dentro de la normalidad, lo cual indica según las guías de práctica clínica habitual el uso de antibioterapia empírica inicial, no obstante el hemocultivo se realiza por si el crecimiento de un microorganismo en sangre hiciese necesario la implementación de terapia antibiótica.

El tratamiento antibiótico del paciente no se indicó porque en el momento de su ingreso, la terapia antibiótica ni estaba indicada. El día 25 de abril de 2019, se confirma la detección del Virus Respiratorio Sincitial (VRS), con lo que identificado un agente causal responsable de la clínica, compatible con la presentada por el paciente no sustenta el iniciar terapia antibiótica hasta ese momento. Sin embargo, el 26 de abril de 2019, se inicia antibioterapia con amoxicilina clavulánico como tratamiento de otitis media aguda derecha al constatarse supuración del oído derecho. Los agentes más frecuentes causantes de esta patología son el Estreptococcus pneumoniae (30 %), Haemophilus influenzae (20- 25%) y Moxarella catarralis (10.15 %) (...) para los cuales está indicado el inicio de antibioterapia, concretamente (...) amoxicilina-clavulánico, como se indicó en el paciente en el que, además, se inició antibioterapia tópica con ciprofloxacino en gotas óticas.

El 28 de abril de 2019, estando previamente afebril, presenta un nuevo pico febril y a la espera de los resultados de los cultivos óticos, se cambia antibioterapia empírica por cefotaxima endovenosa.

- El día 30 de abril de 2019 llegan resultados de ambas secreciones óticas siendo positiva en OD para Moxarella catarralis sensible a amoxicilina clavulánico y Erstreptococo pneumanie resistente a amoxicilina clavulánico pero sensible a cefotaxima.

La no sensibilidad a la amoxicilina clavulánico es posible pero poco probable, lo que hace que las recomendaciones de la Asociación española de Pediatría (AEPED) sea bien a la amoxicilina sola o amoxicilina clavulánico, la terapia empírica inicial para esta patología.

Desde el punto de vista respiratorio, el paciente precisa durante días soporte respiratorio no invasivo mediante máscara facial, para mejorar la sincronización del paciente al respirador precisa de sedación consciente. La evolución es lenta pero favorable por lo que

puede ser dado de alta para continuar proceso asistencial en Planta de Hospitalización Pediátrica.

4.- Informe de Neumología Pediátrica:

- La primera consulta tiene lugar el 5 de agosto de 2019, el menor tiene doce meses de edad y le acompaña su tía abuela porque sus progenitores están trabajando, lo que limita, en parte, un correcto conocimiento de la historia clínica del paciente por desconocimiento de su tía abuela del estado basal del paciente y sus antecedentes. En esta cita se plantea el diagnóstico de bronquiolitis obliterante postinfecciosa. Se desestima gammagrafía perfusión/ventilación y biopsia pulmonar dado que según su biografía no aportan mayor rentabilidad diagnóstica. La edad del paciente nos imposibilita realizar estudios de función pulmonar por la mala colaboración y edad del mismo. Ante tal situación, se indica mantener tratamiento de soporte (evitar tabaco, alérgenos e irritantes ambientales, recomendación vacunación incluida la gripe, aún no administrada en su centro de salud, oxigenoterapia, si precisa, soporte nutricional ya en seguimiento, fisioterapia respiratoria ya en seguimiento por rehabilitación, tratamiento para TGE con omeprazol diario, broncodilatadores y corticoides inhalados por su hiperreactividad constatada, corticoide nasal, antihistamínico oral, antagonista de los inhibidores de antileucotrienos, corticoides orales según necesidad, antibioterapia precoz. Se inicia tratamiento precoz de posibles sobreinfecciones respiratorias con antibióticos de amplio espectro a tiempo prolongado, con apoyo del último cultivo de exudado faríngeo de 12 de julio de 2019, con F. habitual.

Se plantea a la tía abuela la posibilidad de iniciar tratamiento con macrólidos (azitrimicina), previo realización de ECG para descartar alteración a nivel cardíaco.

- La segunda visita tiene lugar el 21 de agosto de 2019: El menor tiene 12 meses y 19 días y se encuentra acompañado por su tía abuela y su padre para control por reagudización previa. Refieren mejoría tras el tratamiento instaurado en la última visita. En la exploración física se muestra normalidad y aumento de talla y peso. Se le cita para dos meses para control evolutivo.

- La tercera visita se realiza el 23 de octubre de 2019: El menor tiene 14 meses acude acompañado de su tía abuela y su padre. Desde la visita previa, no se registra ninguna visita al Servicio de Urgencias, ni ingreso en planta de hospitalización. Muestra mejoría clara durante los meses de verano. En este momento, a pesar de la mejoría, debido a la entrada del otoño, la posible vuelta a la guardería, con la llegada de posibles sobreinfecciones por aumento de la época viral, se plantea nuevamente mantener todo el tratamiento de soporte ante la sospecha clínica de bronquiolitis obliterante. Inicio de macrólidos. Se inicia ciclo antibiótico, a pesar de la ausencia de síntomas, para evitar complicaciones respiratorias dada la sospecha diagnóstica con azitromicina durante cinco días.

- El 22 de noviembre de 2019, en la cuarta visita, el menor tiene 14 meses y lo acompaña su padre y la tía abuela. Previo a esta visita se produce ingreso en UCIP- Planta de Hospitalización del 28 de octubre al 6 de noviembre de 2019, con diagnósticos de bronquiolitis obliterante postinfecciosa, reagudización grave actual por VRS Positivo, Rhinovirus/Enterovirus positivo. Se inicia tratamiento antibiótico con Azitromicina.

- En la quinta visita, el 4 de diciembre de 2019, el menor tiene 15 meses y acude con su padre y la tía abuela. Se refiere mejoría durante el tratamiento antibiótico. Pero al finalizar el tratamiento, comienza de nuevo con síntomas respiratorios, con disnea y necesidad de rescatadores nebulizados en domicilio.

Se realiza interconsulta con Nutrición, donde ya está en seguimiento y se mantiene tratamiento de soporte.

- El 17 de enero de 2020, tiene lugar la sexta visita. El menor tiene 15 meses y acude acompañado de su tía abuela, esta refiere no uso de oxigenoterapia en el domicilio y cuadro respiratorio catarral de menor gravedad que en ocasiones previas, aerosoles nebulizados a demanda y corticoide oral. No refiere síntomas respiratorios. Tras exploración física y ante los datos clínicos, se inicia antibioterapia con azitromicina cinco días y se plantea la posibilidad de inicio de tratamiento con corticoides endovenosos mensuales. Se pide a ambos progenitores acudir a la consulta para plantear una nueva opción terapéutica. Se insiste en la fisioterapia respiratoria en domicilio, se vuelve a realizar interconsulta el 17 de enero de 2020 para intensificar las medidas anteriormente explicadas en todos sus ingresos.

- El 14 de febrero de 2020, visita séptima. El menor tiene 18 meses y acude por primera vez con ambos progenitores. Previa a esta visita ha ingresado en planta hospitalaria del 30 de enero de 2020 al 4 de febrero de 2020. Al paciente se le han realizado un total de once radiografías de tórax y un TACAR hace menos de un año, no estando indicado repetir hasta dentro de tres o cuatro años, según biografía para seguimiento clínico. Se plantea el inicio de pulsos mensuales de glucocorticoides endovenosos con ingresos mensuales en la planta de pediatría previo control analítico. Se plantea mantener el resto de tratamiento de soporte. Ingresos programados mensualmente, de tres días para megadosis de tratamiento glucorticoideo endovenoso, se añade tratamiento de soporte habitual y tratamiento antibiótico. Primer ingreso programado el 17 de febrero de 2020.

- Octava visita, el 12 de marzo de 2020, tiene 19 meses y acude con ambos progenitores, ingreso previo en planta de hospitalización pediátrica. Tras el alta, mejoría. Se solicita test de marcha nuevamente, pero de nuevo, se realiza por no existir colaboración. Interconsulta nuevamente a ORL, para valoración con nasofibroscopia de posibles lesiones por RGE.

- Novena visita, el 7 de abril de 2020. Cita telefónica con la madre. Se insiste en mantener el tratamiento de soporte, se vuelve a intentar test de marcha (el anterior fue fallido por no colaboración) y dado que lleva tres ciclos de megadosis de glucocorticoides EV

Mensuales y está próximo a cumplir el año del TACAR previo, se plantea la posibilidad de realización del mismo.

- La décima visita tiene lugar el 16 de abril de 2020, tiene 20 meses y acude con su madre. Se vuelve a intentar el test de marcha pero no colabora, se mantiene tratamiento de soporte y ciclos mensuales de glucocorticoides ev. Refiere, durante marzo y abril de 2020, confinamiento en casa y ausencia de asistencia de su hermana al colegio, mejoría respiratoria. No uso de resacatadores ni antibióticos.

- El 7 de mayo de 2020, la undécima visita. El menor tiene 21 meses y acude acompañado de su madre. Se aporta TACAR de tórax de 23 de abril de 2020 y se compara con el estudio anterior, de 22 de mayo de 2019. No existen grandes cambios. Discreta disminución de tamaño de las consolidaciones – atelectasias presentes en língula y en segmentos mediales de ambas bases pulmonares descritas en estudio previo. Resto sin cambios significativos. Se consigue realizar el test de marcha: dentro de la normalidad. Se mantienen los ingresos programados y el tratamiento de soporte pautado.

La neumóloga concluye, a la vista de todo lo anterior, lo siguiente:

La bronquiolitis obliterante (BO) es una entidad de etiología variada, de origen postinfeccioso, principalmente tras una infección viral, con una evolución más tórpida en aquellos que han precisado soporte respiratorio en edades precoces de su vida. Es un diagnóstico de descarte con otras patologías crónicas respiratorias. Por ello, principalmente, la herramienta diagnóstica es la clínica del paciente y los hallazgos característicos del TACAR. En niños colaboradores se puede indicar pruebas de función pulmonar, no siendo posible en el caso del paciente, ya que en el momento del diagnóstico contaba con 12 meses y es una prueba indicada para menores entre 5 o 6 años de edad.

Otras pruebas más invasivas no están indicadas de rutina, dada sus limitaciones y posibles efectos secundarios en niños, dejándose de segunda o tercera línea, si las anteriores no son concluyentes.

En nuestro caso, el estudio neumológico descartó cualquier tipo de patología pulmonar y el informe del TACAR despejó dudas diagnósticas, revelando anomalías de la vía aérea compatibles con una BO, siendo innecesarias otras pruebas complementarias.

De manera rutinaria, en los casos de exacerbaciones respiratorias no está indicado el uso de radiografía torácica, por la frecuencia de las mismas y la implicación de continua radiación y normalidad o signos inespecíficos que podemos encontrarnos, reservándola únicamente para casos indicados de evolución tórpida o sospecha de complicación respiratoria.

De igual forma, las muestras microbiológicas, se solicitan en aquellos casos de mala respuesta a la antibioterapia empírica.

El 80% de los casos de los pacientes por evolución natural de la enfermedad sufre durante los primeros años múltiples recaídas y hospitalizaciones, principalmente por infecciones respiratorias agudas. No existe evidencia científica de que el tratamiento modifique la evolución natural, siendo las opciones terapéuticas reducidas y por tanto, el tratamiento principal es el soporte y de comorbilidades asociadas. Con el desarrollo pulmonar y de la inmunidad de los pacientes, tiende a haber una mejoría clínica.

El uso de glucocorticoides es controvertido por el riesgo-beneficio, por sus efectos secundarios a corto plazo, así como por el desconocimiento de su efectividad en mejorar el pronóstico de pacientes con BO.

En el caso de este menor, desde el inicio de su diagnóstico en mayo de 2019, se instaura un tratamiento intensivo de soporte, como sugiere la bibliografía. Se plantea en su seguimiento inicial la administración de azitromicina oral, de manera semanal, en función de su evolución con tratamiento de soporte. Su eficacia demostrada está basada en el uso de la misma en patologías crónicas, por su actividad inmunomoduladora y antiinflamatoria.

Como reflejo de la influencia ambiental, con la llegada del verano, la retirada de la guardería y la ausencia de su hermana del colegio, (...) muestra una mejoría clínica que se refleja en las visitas a consulta de neumología, así como ausencia de ingresos hospitalarios. Por este motivo, se mantiene una vigilancia casa 1-2 meses y se inicia tratamiento previo a la llegada de la época infecciosa propia del otoño-invierno para generar una mayor protección pulmonar.

Actualmente (junio de 2020) el menor evoluciona favorablemente, con seguimiento que continúa siendo mensual, con mejora de su situación basal. En la última visita presenta un peso de 10.060 kgs habiendo recuperado su retardo ponderal.

Durante el seguimiento en la consulta, tanto las medidas diagnósticas como las terapéuticas se han ajustado a un riguroso equilibrio beneficio riesgo, tanto desde la terapéutica de la hiperreactividad bronquial que presenta el paciente en su vertiente farmacológica como ambiental y de estudio de comorbilidades, como hasta la instauración de la terapéutica específica de la BO postinfecciosa, con la introducción de corticoesteroides intravenosos. Todo ello, tras los correspondientes y necesarios períodos de evaluación de eficacia y efectos adversos de los diversos tratamientos instaurados. Asimismo, se ha mantenido informados a sus progenitores y familiares, como consta en la Historia Clínica del paciente.

QUINTO.- En el escrito de alegaciones de la interesada, de 17 de noviembre de 2023, manifiesta, entre otros extremos, lo siguiente:

En respuesta a lo informado por el Servicio de Urgencia del Hospital de Canarias, señala que, si bien es cierto que en una bronquiolitis aguda leve no requiere de ningún tipo de prueba complementaria, no pasa lo mismo cuando hablamos o mejor dicho se diagnostica de

una bronquiolitis aguda moderada, y/o una sospecha de bronquiolitis bacteriana persistente y/o sospecha de neumonía vírica, unido a un niño que ya ha sido hospitalizado dos veces en un breve lapso de tiempo de 4 meses afectado por infecciones respiratorias siendo la última de carácter moderado y no teniendo ningún periodo libre de clínica desde su primer ingreso como ya hemos reflejado.

Los diferentes facultativos que atendieron a (...) no tenían claro el diagnóstico correcto y/o concreto y aun así se decidió que no era necesario realizar ningún tipo de prueba. La Asociación Española de Pediatría indica que la radiografía de tórax "sí estaría indicada en niños con afectación grave, mala evolución o si existen dudas diagnósticas."

(...) persistía con una tos y dificultades respiratorias desde su primer ingreso y no se planteó el estudio diferencial hasta tiempo después de su recuperación en UCIP. De haberse realizado durante el segundo ingreso en el hospital o en los días previos al ingreso en UCI, con toda certeza se hubiera podido ver el estado de sus pulmones, y la neumonía que se diagnosticó en UCIP el 23 de abril, hubiera sido detectada, confirmada y tratada de forma más temprana y con mucho menor consecuencias crónicas en la salud respiratoria y general de (...), evitándose muy probablemente la sobreinfección bacteriana que también se le diagnosticó en UCIP.

No han seguido los protocolos de actuación, en todo momento han tratado todos los procesos respiratorios de (...) como leves, cuando eran moderados-graves.

Desde el segundo ingreso en planta el día 2 de abril de 2019, se debió realizar las pruebas complementarias pertinentes y estas no se llevaron a cabo. Precisó oxigenoterapia de alto flujo.

En el caso de (…) la realización de las pruebas se retrasó indebidamente hasta 16 días después de este último ingreso, cuando ingresa en estado crítico en UCIP, diagnosticado de Bronquiolitis obliterante posiblemente post – infecciosa, Neumonía por VRS, Sobreinfección bacteriana., Insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria., Otitis media aguda bilateral.

En el informe de UCIP, no nombra en ningún momento los diagnósticos completos de (...) A pesar de tener sospechas de sobreinfección, presentar picos de fiebres altos, se prescindió de suministrar antibióticos hasta el tercer día ingresado en UCIP, que comenzó a supurarle el oído derecho.

En definitiva, desde el ingreso de (...) en UCI se tardó en diagnosticar correctamente y, en consecuencia, poder administrarle el tratamiento apropiado al menor 6 días.

La Lex artis fue infringida, porque una prueba indispensable para diagnosticar la presencia de una Neumonía, posible bronquiolitis bacteriana, como es la radiología de tórax, o un hemograma completo fue retrasada, de modo que, cuando la enfermedad fue

finalmente correctamente detectada, el proceso era ya irreversible para (...), lo que le produjo unas importantes secuelas.

Finalmente, la interesada reitera los motivos en los que fundamenta su reclamación, en el último escrito de alegaciones, de fecha 6 de mayo de 2024.

SEXTO.- (...) el (...) informe del SIP, emitido el 24 de abril de 2024 (...) concluye, entre otros extremos, lo siguiente:

La reclamación, en esencia, se basa en un supuesto diagnóstico tardío de la BO debido a falta de pruebas diagnósticas (concretamente se alude a Rx de tórax) y a la falta de remisión a especialista de Neumología, que según la reclamante no se realiza dicha interconsulta hasta la fecha 22 de abril de 2019 desde el Servicio de Urgencias hospitalario. Para esta conclusión la reclamante considera que la BO. estaba presente en el ingreso de 5 de diciembre de 2018, a los 4 meses de edad, de esta forma afirma "se debía de sospechar desde el primer ingreso por bronquiolitis aguda, que sufrió con cuatro meses, y tratarlo desde ese momento".

Concluimos el desacuerdo con la afirmación de la reclamante sobre que en este primer ingreso del paciente se debió diagnosticar BO.:

1.- En el presente caso, durante el ingreso hospitalario en la prueba diagnóstica de estudio de aspirado nasofaríngeo se detectó estudio respiratorio positivo para rhinovirus, resto negativo. En la exploración el 5 de diciembre presentó sibilantes inspiratorios y espiratorios. Posteriormente, en el Servicio de Urgencias se describe tiraje (subcostal e intercostal), sibilantes dispersos (...) El tratamiento se basa en medidas de soporte y oxigenoterapia.

Frente a la cuestión presentada por la reclamante sobre la necesidad de más pruebas diagnósticas, además de la exploración física, control de la respuesta al tratamiento y estudio de aspirado nasofaríngeo, se expone que el diagnóstico de la bronquiolitis es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y en la exploración física. Las pruebas complementarias no suelen ser necesarias salvo en situaciones muy concretas (como sucedería en el tercer ingreso hospitalario posterior).

La radiografía de tórax en la bronquiolitis leve suele ser normal o mostrar signos de atrapamiento aéreo, atelectasias laminares, segmentarias e incluso lobares en las formas más evolucionadas. Sin embargo, no existe una adecuada correlación entre los hallazgos radiológicos y la gravedad de la enfermedad, por lo que no se recomienda su uso de forma rutinaria.

En el presente caso, la clínica, la exploración física y la identificación del agente, así como la evolución del paciente no hicieron precisos nuevos estudios complementarios.

Se añade que en el ingreso hospitalario posterior en el cual se diagnostica la BO, se había realizado Rx previas (dos) que no permitieron llegar al diagnóstico por lo que tampoco se hubiese llegado con su realización previamente.

2.- Tampoco era preciso prolongar el ingreso hospitalario correspondiente al periodo 6 a 9 de diciembre de 2018. Después del abordaje en el Servicio de Urgencias y en Planta de Hospitalización, consta el 9 de diciembre en notas de enfermería "Afebril, hemodinámicamente estable. No necesita O2 durante el turno manteniendo buenas saturaciones basales. Buenas ingestas, descansa toda la noche". Causada alta hospitalaria, se describe a partir del 11 de diciembre buena saturación de O2, eupneico, buena entrada de aire bilateral, sin tiraje ni retracciones, sin ruidos sobreañadidos, sin trabajo respiratorio, por tanto, en la línea de no requerir alargar el ingreso hospitalario anterior ni la realización de prueba complementaria más allá de los estudios realizados.

Pasado ese periodo desde al alta, 9 de diciembre, al 19 diciembre y después de que 5 días antes estaban todos en casa con cuadro catarral, el padre refiere que, desde el día anterior, esto es, 18 de diciembre, presenta nuevamente tos emetizante. Por tanto, no desde el alta se mantuvo mal, sino que se inició nuevo episodio.

3.- Iniciado cuadro de tos el 18 de diciembre, el 20 de diciembre al presentar febrícula, pero con buena saturación de O2, se añade al tratamiento azitromicina. Significar que a pesar de la indicación de azitromicina el paciente no la tomó según consta en el seguimiento de 27 de diciembre.

4.- Segundo ingreso hospitalario. En el contexto de persistencia de tos y moco relatado, presenta en fecha 2 de abril de 2019 un episodio de bronquitis aguda moderada. Manejado inicialmente en el Servicio de Urgencias, con respuesta a tratamiento broncodilatador y corticoterapia oral, al presentar desaturaciones de hasta 89% precisando hasta 3 litros de oxigenoterapia suplementaria en gafas nasales de manera persistente se decide ingreso en planta por necesidad de terapia nebulizada.

Permanece en planta hasta el 7 de abril. Se solicita aspirado nasofaríngeo con detección de PCR positiva frente a virus parainfluenza y rhinovirus. Ante la sospecha de bronquitis bacteriana persistente recibió antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico.

Se describe, en la exploración al alta, sin signos externos de dificultad respiratoria. ACP: buena entrada de aire bilateral con algún roncus disperso. En control ambulatorio posterior en el CS, el 10 de abril de 2019, auscultación pulmonar "Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin sibilancias, ni roncus, ni crepitantes, ni roces pleurales".

En oposición a la afirmación de la reclamante sobre que su hijo causa alta y no se realizó interconsulta a Neumólogo y que ésta no se solicitaría hasta la nueva asistencia en el

servicio de urgencias el 22 de abril, se recoge en la HC los días 5, 6 y 7 de abril "Solicitar cita en neumología al alta con estudio respiratorio (Rx tórax y analítica sanguínea". Esta cita se debió solicitar ya que en ingreso posterior consta "cita en Neumología en junio" y además en las recomendaciones de la administración de Budesonida inhalada al alta se recoge " (...) hasta control en CCEE de neumología pediátrica". Después del alta hospitalaria, el 10 de abril de 2019 en Atención Primaria se expresa la descripción del ingreso donde se incluye que está pendiente de consulta de Neumología.

Neumología Infantil valora al niño durante el ingreso de 23 de abril y se consensua con ellos el tratamiento al alta y el seguimiento previsto de forma ambulatoria, según cita prevista, dado lo reciente del estudio neumológico completo y los ajustes realizados en el tratamiento de mantenimiento en ese ingreso.

De esta forma, el 9 de junio de 2019 con ocasión de la asistencia en el Servicio de Urgencias consta "valorado por Neumología" y en nota de Neumología de fecha 16 de julio de 2019 "Paciente valorado durante el ingreso referido por Neumología Infantil (...) Cerramos IC".

En cualquier caso, al alta se prescribió tratamiento con broncodilatador3s, corticoterapia y antibioterapia. Además, fue diagnosticado de BO durante el posterior ingreso iniciado el 23 de abril de 2019.

5.- Continuando con los hechos reclamados, señalar que realizadas Rxs de tòrax el 24, 29 y 30 de abril de 2019, no condujo al diagnóstico de BO con lo cual tampoco se hubiese llegado a tal diagnóstico realizando Rx de tórax con anterioridad. En Rx de 24 de abril refuerzo perihiliar, atelectasia en lóbulos inferiores. En la del 29 de abril atelectasis segmentarias bilaterales (quizás más en el hemitórax derecho). En la de 30 de abril atelectasia en ambas bases e infiltado perihiliar izquierdo y en ápex derecho.

Dada la tórpida evolución de la situación respiratoria, a pesar de que no presentar tos prácticamente en ningún momento, ni mucosidad nasal, ni otra clínica, con aspirado nasofaríngeo negativo para virus y bacterias respiratorias que justificasen dicha evolución, y a pesar del tratamiento corticoideo oral y la antibioterapia con cefalosporinas (tras completar 10 días de cefotaxima i.v. realiza otros 11 días de cefuroxima oral (30 mg/kg/día)) y azitromicina (5 días), se decide ampliar el estudio respiratorio con una analítica completa, test del sudor, mantoux y TACAR (TC de alta resolución) de tórax, el 22 de mayo. Es decir, se realizó un amplio estudio respiratorio y de inmunidad. En el TACAR se objetivan hallazgos compatibles con una BO.

Por tanto, el menor sí fue valorado durante este ingreso por Neumología Pediátrica, Unidad con la que se consensua el tratamiento y que continuará con controles ambulatorios posteriores, como se expresa en la valoración de 16 de julio de 2019, además de ser llevado durante la estancia por Pediatra formado en Neumología Pediátrica.

6.- Se precisó un amplio estudio respiratorio y de inmunidad para el diagnóstico de BO. La principal herramienta diagnóstica es la clínica del paciente y los hallazgos del TACAR.

El tratamiento indicado en el presente caso ha sido adecuado.

Con el desarrollo pulmonar y de la inmunidad de los pacientes, tiende a haber una mejoría clínica.

El pronóstico de la bronquiolitis obliterante postinfecciosa (BOPI) depende de varios factores como la causa, la velocidad de progresión, las comorbilidades y la colonización bacteriana crónica. Se ha visto cierta tendencia a la estabilización clínica durante la evolución de la enfermedad favorecida por el crecimiento, con disminución en la frecuencia y en la gravedad de las exacerbaciones, así como una menor tasa de mortalidad.

En el presente caso se ha observado mejoría clínica en la época de verano, con la retirada de la guardería y la ausencia de su hermana al colegio.

En Neumología el 20 de octubre de 2023: Realizando atletismo y natación en piscina climatizada, aparentemente sin limitación, no tos durante el ejercicio. Ha empezado hace un mes ambos deportes. AP: buena entrada de aire bilateral, algo menor en hemitorax derecho. No sibilancias ni otros ruidos.

En la última visita a Neumología Pediátrica que consta en el expediente, 19 de marzo de 2024: Desde noviembre un episodio en diciembre corto con nebulización sin visita médica y en enero uno de larga duración con tos húmeda, no visita médica y tratamiento con plan de acción. No antibiótico ni corticoides orales. CORRE: disnea y limitación (...) pero más resistencia que previa. (...)

Estudiada la Historia clínica entendemos que no ha habido mala praxis médica en el seguimiento del menor con actuación adecuada de acuerdo a la sintomatología clínica que el niño presentaba. Los medios diagnósticos y terapéuticos fueron empleados según evolución del paciente».

Tales argumentos determinan la imposibilidad de apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria.

2. Y, en conclusión, habida cuenta de que, por una parte, por la reclamante no han sido aportados medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y de que, al mismo tiempo y por otra parte, no es posible inferir, a partir del contenido de los diversos informes que obran en el expediente, que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración

sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) se entiende conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV.