



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 6 7 / 2 0 1 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 11 de julio de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 nombre propio y en representación de su hija menor (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 238/2019 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. La solicitud de dictamen, de 6 de junio de 2019, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 14 de junio de 2019.

2. El importe de la indemnización reclamada, 8.831 euros, determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad 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 relación, el primer precepto, 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).

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), por haber sufrido en su esfera moral el daño

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

por el que se reclama, derivado de la atención sanitaria prestada a su hija menor (...), quien también es interesada por haber sufrido en persona el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP]. Respecto de esta última, al ser menor, actúa mediante la representación legal que ostenta su madre (art. 162 del Código civil), debidamente acreditada mediante la aportación del libro de familia.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004 y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del Servicio Canario de la Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues la reclamante interpuso aquel escrito el 15 de mayo de 2018, respecto de un daño que ha quedado determinado el 22 de diciembre de 2017, fecha del alta médica por el proceso asistencial objeto de la reclamación.

III

Del escrito de reclamación de la interesada se detraen como hechos en los que se funda aquélla, los siguientes:

- El 19 de noviembre de 2017, sobre las 16:00 horas, acudió con su hija de tres años de edad, al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa porque la niña tenía fiebre desde la madrugada, náuseas sin vómito y mucho dolor abdominal. En esta visita se le pauta Dalsy y Apiretal, éste si fuera necesario, diagnosticándose un cuadro de fiebre y recomendando volver a acudir al médico si no mejora. Se indica por la reclamante que no se le realiza prueba alguna a la menor.

- Dos días después, la noche del 21 de noviembre, vuelve a acudir con su hija al Servicio de Urgencias por no notar mejoría. Además, el lunes se le había recetado Estilsona por diagnóstico de laringitis. En esta visita se le realiza una radiografía de tórax y un análisis de orina. Se le prescribe azitromicina y se le concede el alta horas más tarde a pesar de la sospecha de existencia de neumonía diagnosticándose infección de orina y fiebre.

- El día 23 por la mañana acude nuevamente al Servicio de Urgencia dado que la menor no mejoraba. Allí, tras su exploración, se realiza otra radiografía y análisis de sangre y orina se llega a un diagnóstico de neumonía en el lóbulo izquierdo con empiema ipsilateral asociado, lo que conlleva que ingrese a la menor. En este momento debe comenzarse tratamiento con aerosoles porque la niña tenía dificultades para respirar.

- A las 36 horas se produce un empeoramiento de la menor. Se decide llevar a cabo una punción para analizar el líquido pleural colocándole además en quirófano un tubo de drenaje torácico el cual se conecta a un pleurevac.

- El día 27 la menor sufre un empeoramiento de su estado de salud. Se procede a la colocación de un tubo de drenaje torácico en quirófano cuyo resultado es extracción de líquido purulento. Los resultados del análisis del líquido pleural confirman que presenta empiema.

- Al día siguiente los facultativos deciden el traslado de la menor al Servicio de Pediatría de la unidad de enfermedades infecciosas del Hospital de referencia CHUIMI.

Posteriormente, se relata en el escrito de reclamación cómo ha sido la evolución posterior en el CHUIMI hasta el día 22 de diciembre en que señala se le dio el alta,

«aunque todavía tiene que ser controlada en Consultas externas de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y por su pediatra.

A día de hoy, (...) continúa en tratamiento y, a pesar de que los resultados de tuberculosis han sido negativos, los facultativos que la atienden siguen prescribiendo el tratamiento para la tuberculosis. Esta situación está empeorando la situación de la menor, afectándole directamente al hígado y al estómago, además de encontrarse decaída y exhausta todo el día.

(...) Desde el primer momento hubo una sospecha de neumonía a la que no se hizo caso, es decir, se le da el alta en ese momento sin darle importancia a dicha enfermedad. El diagnóstico final fue de neumonía neumocócica con empiema ipsilateral asociado a

tuberculosis pulmonar. Si la actuación hubiera sido diferente en las primeras atenciones (...) no hubiera tenido que entrar cuatro veces en quirófano ni tampoco pasar tiempo en la Unidad de Medicina Intensiva».

En el escrito de reclamación se designa abogado cuya dirección se facilita a efectos de notificación de los trámites procedimentales.

Se solicita indemnización que se cuantifica «provisionalmente» (si bien no se modifica posteriormente), en 8.831 euros.

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

No obstante, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. Sin embargo, aun 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. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan las siguientes actuaciones:

- El 25 de mayo de 2018 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su reclamación, de lo que se recibe notificación el 29 de mayo de 2018. En fecha 1 de junio de 2018 procede conforme a lo requerido.

- Por Resolución de 6 de junio de 2018, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, lo que se notifica a la parte interesada el 14 de junio de 2018.

- El 7 de junio de 2018 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 9 de agosto de 2018.

- El 3 de octubre de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas solicitadas por la interesada, si bien se rechaza por improcedente la consistente en que se aporte por los facultativos seguro de responsabilidad civil al no dilucidarse la responsabilidad civil de los profesionales, sino la responsabilidad de la Administración, y se incorporan las de la Administración. Siendo todas documentales y obrando incorporadas al expediente, se acuerda que se declare concluso este trámite pasando al siguiente. De ello es debidamente notificada la parte el 11 de octubre de 2018.

- El 4 de octubre de 2018 se confiere a la interesada trámite de audiencia, de lo que recibe notificación el 26 de octubre de 2018 sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 3 de abril de 2019 se emite Propuesta de Resolución provisional de sentido desestimatorio, constando en igual sentido borrador de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 20 de mayo de 2019. El 5 de junio de 2019 se emite Propuesta de Resolución definitiva que se remite a este Consejo Consultivo.

V

1. La Propuesta de Resolución desestima, correctamente, la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial el del SIP.

2. Pues bien, es preciso exponer los antecedentes de relevancia en relación con el presente procedimiento que resultan de la historia clínica de la reclamante, tal y como se recogen en el informe del SIP, distinguiendo tres fases asistenciales. Así, constan, en primer lugar, los siguientes antecedentes, desde la primera asistencia hasta su ingreso en el Hospital de Lanzarote:

«1.- El 19 de noviembre de 2017, a las 16:01 horas, acude la menor (...) de 3 años y 7 meses, al Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote con fiebre desde la madrugada del mismo día, con náuseas sin vómitos, dolor de abdomen, la fiebre baja en casa con Dalsy. En la consulta vomita por primera vez.

La exploración general: corazón, pulmones neurológica, amígdalas etc normales, abdomen dolor periumbilical y sin defensas, con ruidos hidroaéreos normales y puño percusión negativo, signos de rebote negativos.

Tratamiento para casa Dalsy y Aipretal si es necesario. Diagnóstico principal fiebre, destino a domicilio. Volver si fiebre que no baja, letargia, vómitos persistentes o aumento del dolor abdominal.

El día 20 de noviembre de 2017, acude a su médico de cabecera que anota el motivo por febrícula, tiene náuseas, no come, dolor de garganta y tos rasposa, la exploración de faringe y amígdalas es patológica. El abdomen doloroso en región umbilical, neurológicamente normal, tórax normal, resto normalidad. Diagnóstico de laringitis. A casa con tratamiento médico y si no mejora volver.

2.- El día 21 de noviembre de 2017, a las 23:14 horas, acude al Hospital de Lanzarote, Servicio de Urgencias, donde es atendida por el médico de urgencias.

Acude por fiebre, desde el sábado tos y fiebre, el domingo un único vómito, Estilsona desde ayer por su médico de cabecera por laringitis.

La historia actual presenta al llegar 38,3 grados, CAP normal, corazón normalidad, abdomen sin dolor ni defensas, amígdalas rojizas sin placas, resto normalidad.

Exploraciones complementarias: en Radiografía de tórax se observa: sospecha de infiltrado, empezando, en lado izquierdo, sistemático de orina alterado con leucocitos y algo de hematíes, pendiente de resultado del cultivo. Sospecha de neumonía incipiente.

Tratamiento con Azitromicina durante 4 días. Alta a domicilio a las 02:36 horas del día 22. Seguimiento por su médico y en caso de empeoramiento acudir nuevamente a urgencias.

3.- El 23 de noviembre de 2017 acude al Pediatra del Centro de Salud presentando 5 días con fiebre, tos húmeda, hace 24 horas en Hospital se diagnostica de neumonía, tratamiento con Azitromicina, solo se ha tomado una dosis, hoy acude a control, «la notamos con quejido, dificultad respiratoria, decaída, fiebre de 38 grados, saturación de oxígeno al 95016, a la auscultación hipoventilación hemitórax izquierdo, la derivo al hospital por empeoramiento del cuadro con diagnóstico: neumonía».

Llega al Hospital de Lanzarote, Servicio de Urgencias. El motivo de consulta es fiebre, tos, decaimiento general. Es valorada por Pediatra. Ingreso en planta de Pediatría, fecha de ingreso 23/11/2017».

Respecto de la actuación sanitaria realizada hasta aquí, en la reclamación se señala que «(...) Desde el primer momento hubo una sospecha de neumonía a la que no se hizo caso, es decir, se le da el alta en ese momento sin darle importancia a dicha enfermedad. El diagnóstico final fue de neumonía neumocócica con empiema ipsilateral asociado a tuberculosis pulmonar. Si la actuación hubiera sido diferente en las primeras atenciones (...) no hubiera tenido que entrar cuatro veces en quirófano ni tampoco pasar tiempo en la Unidad de Medicina Intensiva».

A la vista de los antecedentes expuestos, el informe de la Jefa del Servicio de Pediatría del Hospital de Lanzarote, emitido el 24 de julio de 2018, señala, ante todo, los antecedentes de la paciente en los que constan, desde el 14 de enero de 2015, episodios recurrentes en los que destaca síndrome febril con llanto e irritabilidad. Ello para, a continuación, explicar que los cuadros febriles y la irritabilidad no siempre requieren ingreso, como se constata en las múltiples ocasiones que la menor acude a Urgencias siendo dada de alta a su domicilio para control por su pediatra.

En el presente caso, en su primera asistencia hospitalaria el día 19, la menor no tenía síntomas propios de neumonía según la clínica que presentaba y la exploración

realizada, tal y como se informa por el Coordinador de Urgencias, por lo que no era precisa en ese momento prueba adicional.

Sin embargo, el día 22, se señala en el informe del SIP:

«La paciente el día 22 de noviembre de 2017 cuando acude al servicio de urgencias hospitalaria a causa de fiebre, es atendida por pediatra del Hospital de Lanzarote, y con tos, tos que antes no tenía, un único vómito el domingo, laringitis en tratamiento con Estilsona desde ayer. A la exploración no se encontraron datos de patología, el pediatra solicita Rx de tórax y analítica, sistemático y cultivo de orina. El sistemático demuestra es sospechoso de infección urinaria, quedando el cultivo pendiente.

La Rx de tórax refiere: “sospecha de infiltrado, comenzando en lado izquierdo”».

Así todo, en tal momento no se decide el ingreso de la menor, lo que, en contra de lo pretendido por la madre en su reclamación, es conforme a la *lex artis*.

Y es que, en este momento se da la cobertura antibiótica precisa dado el padecimiento de la menor, constando:

«El pediatra pauta Azitromizina como antibiótico y dado el buen estado general, la no existencia de ruidos patológicos cardiopulmonares, ni meníngeos etc. (...) la saturación oxígeno considerada normales, respuesta buena a los antitérmicos tras los cuales presenta en urgencias temperatura de 36 grados, considera que el tratamiento lo puede realizar en casa, con reposo y control pediatra de zona, acudir nuevamente en caso de empeoramiento».

Como explica en su informe la Jefa de Servicio de Pediatría del Hospital de Lanzarote «la mayoría de las neumonías a la edad de la menor suelen ser víricas, y muchas se tratan en el domicilio de la paciente».

A tal efecto, informa aquella especialista de que «existen unos criterios de valoración de hospitalización protocolizados -que nos expone en su informe- y que la paciente no cumplía el día 22 de noviembre de 2017».

Por ello, hasta este momento la asistencia sanitaria fue conforme a la *lex artis*.

3. Posteriormente, tras el ingreso en el Hospital de Lanzarote, también la asistencia es correcta. Así, constan las siguientes actuaciones médicas, tras el ingreso en planta de Pediatría, el 23 de noviembre de 2017 en el Hospital de Lanzarote:

«(...) El 23 de noviembre se realiza analítica general y Ecografía de tórax donde se observa imagen hipocogénica que corresponde a consolidación con apariencia neumónica en el lóbulo inferior izquierdo asociado a escasa cantidad de derrame pleural, cuantificado en 22cc en el sector inferior y seno costofrénico lateral.

Diagnóstico principal: neumonía lóbulo inferior izquierdo con derrame pleural ipsilateral asociado.

Al ingreso tratamiento con Cefotaxima intravenosa. El día 24 se encuentra mejor.

Se realiza Ax AP y Lateral al ingreso, el día 23, se repiten los días 26, 27, 28 y 29 de noviembre. Se repiten de nuevo las analíticas los días 26 y 27 de noviembre. A las 36 horas del ingreso presenta empeoramiento clínico con necesidad de oxigenoterapia, mal estado de la paciente, se reevalúa clínicamente con el Servicio de Cirugía y el Servicio de Rayos. Se realiza Rx de tórax, Ecografía torácica (...) Desde el día 26 de noviembre se añade Clindamicina al tratamiento.

Ecografía de tórax del 26 de noviembre se observa derrame pleural de mayor cuantía que el día 23 de noviembre, por lo que se decide realizar punción pleural en quirófano y se decide colocación de tubo de drenaje torácico tras hablar con el Servicio de Cirugía. Realizan punción pleural evacuadora, también denominada Toracocentesis, se constata líquido purulento, características de empiema.

Ello se realiza en quirófano, se extrae líquido purulento y cultivo del mismo.

El día 28 de noviembre se coloca el tubo de drenaje y con el se drenan las secreciones.

El antígeno del Neumococo en el líquido pleural cultivado es positivo, el Mantoux negativo. El ADA en dicho líquido es positivo mayor de 100.

A su vez se realiza cultivos búsqueda de gérmenes del tipo Aerobio, Anaerobio, Gram negativo, todo son negativos. Baciloscopia y cultivo para Mycobacterias también negativo.

Diagnóstico principal: Neumonía Neumocócica del LII con empiema ipsilateral asociado, drenaje de líquido pleural con tubo torácico.

El día 28 avisan en la mañana que se ha salido el drenaje, se realiza Rx de tórax urgente y se observa mejoría del derrame y de la condensación pero dadas características del empiema se informa a la familia que lo más prudente es volver a colocar el tubo de nuevo, con el consentimiento informado oportuno.

La paciente tras los episodios de colocación de tubo y drenaje en quirófano, pasa posteriormente unas horas en REA.

Se controla posteriormente con Radiografía y Ecografía de tórax.

El día 29 de noviembre avisa la familia porque el tubo comienza a sonar fuerte, se observa drenaje oscilante y sin fuga. No se observan fugas, ni salida de líquido peritubo, pinzan drenaje el médico, tras ello deja de sonar. Más tarde el médico vuelve a valorar a la paciente y ya no se oye ruido al descampar el tubo, vuelve a tener otro proceso similar la niña se queja de dolor tórax: "desclampo y clampo de nuevo y la niña se tranquiliza", por la noche se vuelve a repetir el proceso, porque hacía de nuevo ruido.

Tras evolución observada se contacta con Hospital de referencia con el Dr. (...) en el CHUIMI, del Servicio de Infeccioso, y se decide completar tratamiento y seguimiento en el mismo».

Pues bien, dados estos antecedentes, concluye la Propuesta de Resolución, en virtud de los informes obrantes en el expediente, que también, tras el ingreso hospitalario la actuación sanitaria ha sido conforme a la *lex artis*. Así, tras el ingreso la menor es sometida a tratamiento intravenoso antibiótico con Cefotaxima, el indicado en casos como el de la menor dado su empeoramiento del cuadro pulmonar y presencia de escaso derrame pleural.

Al respecto, por un lado, se explica por el SIP que los derrames pleurales en el contexto de una neumonía se clasifican en dos tipos: complicado y no complicado. Los no complicados son aquellos en los cuales se acumula líquido en el espacio pleural que se reabsorbe rápidamente una vez iniciada la terapia antibiótica; en los complicados el líquido acumulado en espacio pleural tiende a organizarse y requiere drenaje pleural para resolver la infección. En el caso que nos ocupa al no observar mejoría se procede a drenaje.

El tratamiento para la Neumonía Neumocócica es la Cefotaxima y en caso de cubrir resistencias se emplea la Vancomicina.

El día 27 tras encontrarse el tubo desplazado se vuelve a colocar de nuevo. Se le había explicado previamente a la madre que había que tener mucho cuidado porque los niños se mueven mucho y se podía desplazar, esta fue la causa de dicho problema. Pero tal como ocurre, rápidamente se da respuesta y se soluciona recolocando el tubo de nuevo.

Se queja la reclamante de las particularidades del drenaje, de sonidos anormales, en la zona del drenaje, el día 29 de noviembre, cuestiones que fueron atendidas con prontitud por los especialistas médicos, utilizando los medios diagnósticos convenientes (...). El clampar o no el tubo de drenaje (pinzamiento o cierre del mismo) forma parte del modo de proceder del tratamiento.

Hasta este momento, por parte del Hospital de Lanzarote se realizaron todas las pruebas diagnósticas y terapéuticas precisas, señalando al efecto el informe del SIP, incluso:

«No olvidemos que se encontraron en líquido pleural antígenos del neumococo, gérmenes de este tipo existían, era la primera y lógica sospecha.

La infección tuberculosa es más compleja de identificar, tengamos en cuenta que en los cultivos no se determinó el Mycobacterium Tuberculosis, pero se encontraron pruebas analíticas de la existencia del mismo, se trató convenientemente y se acertó de pleno».

4. Finalmente, en cuanto al traslado de la niña a la Unidad de Enfermedades Infecciosas del CHUIMI, se debió a la falta de clara mejoría de su estado, que aconsejaba este traslado, considerando preciso, tras comunicaciones previas y consenso con aquella Unidad. Así consta que «Se decide el traslado al hospital de referencia al CHUIMI de Las Palmas tras conversaciones con el Dr. (...) médico especialista de la Unidad De Enfermedades Infecciosas del mismo, y en ello siempre en pos de lo mejor para la salud de la menor (...), se comunica a la familia y están de acuerdo en la remisión».

Respecto de esta parte de la asistencia consta en el informe del SIP:

«Se traslada la menor desde Lanzarote debido a la evolución de la paciente, por la neumonía neumocócica del lóbulo inferior izquierdo con empiema ipsilateral asociado, tras contactar con el Hospital de referencia, el CHUIMI.

A las 15:00 del día 29/11/2017, ingresa la paciente en el CHUIMI, el ingreso es urgente. Ingresa primeramente en Medicina Intensiva.

El día 30 de diciembre se encuentra ingresada en la planta de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, pero por problemas con el Drago se anota las incidencias el día 1 de diciembre.

Refiere la analítica de Lanzarote un ADA (Adenosina Desaminasa) mayor de 100 y aunque presenta un Mantoux negativo se procede a descartar posible cuadro específico por lo que solicitó muestras de esputo para investigación de Bks (Bacilos de Koch o Mycobacterium Tuberculosis). El ADA no es una prueba diagnóstica, sino que establece que puede existir tuberculosis, se solicita cuando hay derrame o líquido pleural acumulado y signos y síntomas sugerentes de infección por Mycobacterium Tuberculosis. A su vez tampoco se puede realizar diagnóstico de tuberculosis pleural sin que esta prueba sea positiva.

Desde la llegada de la paciente al CHUIMI se realizan distintas y variadas analíticas y cultivos, Radiografías de tórax, Ecografías de tórax y TAC de tórax.

El día 1 de diciembre se suspende el tratamiento con Clindamicina y se mantiene la Cefotaxima. Desde la llegada el tubo de drenaje está prácticamente sin débito, se decide entonces pinzar el tubo de drenaje y Rx de control en 24 horas para si todo normal retirar tubo.

El día 2 de diciembre, 48 horas después de su ingreso en la Unidad se produce un cuadro de fiebre, por lo que se traslada a quirófano para retirar el drenaje, y se coloca uno nuevo, posteriormente a ello ingresa en la UMI 24 horas para ver evolución. Buena evolución, a su vez se realizó interconsulta con la Unidad de Dolor. Se recoge líquido pleural para estudio.

Realizan estudios de laboratorios y cultivos para asegurar el diagnóstico, pero no se consigue aislar el Mycobacterium.

El 6 de diciembre de 2017 diagnóstico definitivo de laboratorio con la existencia de PCR positivo para Mycobacterium (según esta prueba de reacción en cadena de la polimerasa, prueba genética. Esta técnica permite amplificar pequeñas regiones específicas del ADN en laboratorio. Es decir, consigue un pequeño segmento de ADN y se usa en medicina para identificar gérmenes agresores que se encuentran en nuestro organismo).

Tratamiento con Cefotaxima y Vancomicina, y dado el diagnóstico microbiológico de PCR de Mycobacterium positivo en líquido pleural, se pauta tratamiento con tuberculostáticos, previamente se realiza TAC de tórax.

Así en TAC de tórax del 7 de diciembre de 2017 se observa derrame pleural masivo izquierdo, atelectasia prácticamente masiva del pulmón izquierdo, que presenta una imagen de bulla-absceso en porción posterior el lóbulo inferior. El pulmón derecho sin alteraciones significativas.

Se identifican varias adenopatías mediastínicas paratraqueales derechas bajas, en espacio perivascular y en hilio pulmonar derecho sin aparente necrosis.

Se realiza intervención quirúrgica el 8 de diciembre, para desbridar y limpieza a través de toracoscopia.

El 11 de diciembre se mantiene tratamiento con Cefotaxima y Vancomicina.

El 13 de diciembre se realiza Mantoux a los padres seriado, siendo negativa.

La paciente mejora evolucionando su proceso positivamente a la curación.

Tras Rx de tórax y mejoría en la misma, y en la clínica se retira drenaje torácico el día 15 de diciembre.

El día 19 se retira la Vancomicina.

En historia clínica el día 20 de diciembre de 2017, se escribe un resumen evolutivo: buen estado general, activa, afebril, adecuada ingesta y tolerancia oral, micciones presentes, deposiciones igual, no ha necesitado oxígeno suplementario, estable hemodinámicamente.

A la exploración general buen estado general, ventilación solo en base izquierda pulmonar, resto normalidad.

El 21 de diciembre tras la evolución, la Rx de tórax presenta mejoría del velamiento en base izquierda, persistiendo opacidad con imagen de broncograma aéreo en relación con neumonía en fase de resolución.

Se suspenden la Cefotaxima, continúa tratamiento con los tuberculostáticos.

Presenta buena evolución clínica y radiológica, por lo que se decide alta al domicilio el 22 de diciembre de 2017, con tratamiento médico, siguiendo controles en consultas externas con la Unidad de Enfermedades Infecciosas, control a su vez por pediatra de zona.

Diagnostico principal: neumonía neumocócica del LII con empiema ipsilateral asociado. TBC pulmonar.

Prevista retirada de la sutura herida de drenaje torácico a partir del 26 de diciembre de 2017.

Tras controles con la Unidad de Infeccioso del CHUIMI, estuvo con hipertransaminemia y hubo que retirar un tiempo el tratamiento antituberculoso, al normalizarse se ha ido añadiendo Isoniacida a dosis bajas y subiendo poco a poco, se decide el 15 de marzo de 2018 alta de la planta de la Unidad.

Tratamiento actual con Isoniacida 200 mg diarios, posteriormente se añade poco a poco también la Rifampicina, se estabilizan las transaminasas, la exploración física es normal con buena ventilación bilateral».

Como se observa, nuevamente, tras el ingreso en el CHUIMI se realizan todas las pruebas encaminadas a detectar una patología que, de las pruebas ya existentes, no se determinaba, si bien se sospechaba. Asimismo, se administran los tratamientos precisos en cada momento dada la sintomatología de la niña, hasta su total curación.

No obstante, como bien se señala en la Propuesta de Resolución, si la paciente requiere actualmente revisiones y controles no lo es por la mala praxis médica sino por la misma enfermedad padecida, una neumonía TBC adquirida fuera de los servicios sanitarios.

A mayor abundamiento, incluso, más allá de la adecuación a la *lex artis* de la actuación de los servicios sanitarios, señala la Propuesta de Resolución recogiendo lo informado en el expediente:

«Ante los problemas económicos que aduce la madre se constata con asociaciones de ayuda para enfermos y familiares para alojamiento, comidas, etc. incluso el Servicio de Pediatría paga el billete hasta Las Palmas para la abuela de la menor, de forma altruista, según nos comunica la Jefa del Servicio de Pediatría del Hospital de Lanzarote, lo cual habla de lo generoso que fue el trato para la familia de la menor en esos momentos, sumándose a ello nuestra conclusión del correcto seguimiento y tratamiento médico de la misma».

5. Por último, se hace mención en los informes evacuados que una vez que la menor regresa a Lanzarote se producen las revisiones posteriores, que son inherentes a la propia enfermedad que sufrió la paciente y no a un inadecuado funcionamiento del Servicio.

6. Por todo lo expuesto, debemos concluir que la asistencia sanitaria prestada a la hija de la reclamante fue conforme a la *lex artis* en todo momento, por lo que debe desestimarse su reclamación, siendo, pues, conforme a Derecho la Propuesta de Resolución.

Y es que, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario, presenta una serie de particularidades que hacen referencia a la *lex artis*; en este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala:

«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en su sentencia de 23 de septiembre de 2009:

«el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace,

en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento. Por todo ello, procede desestimar la reclamación.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la reclamación interpuesta.