

En Logroño, a 21 de abril de 2008, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D. José M^a Cid Monreal y D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

45/08

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por la representación letrada de D^a C. F. M., como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a su hija menor, P. G. F., en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de 28 de febrero de 2008 - con entrada en la Oficina Auxiliar de Registro del Gobierno de La Rioja, de la misma fecha-, D^a C. F. M. presenta ante el Gobierno de La Rioja reclamación por responsabilidad patrimonial de la Administración, manifestando que la asistencia recibida por su hija menor, P. G. F., ha sido inadecuada, "*por falta de diligencia, tanto por su Médico Pediatra, como en el Hospital San Millán San Pedro, en la realización de pruebas necesarias para detectar la causa de la enfermedad, infracción del deber de cuidado exigible objetivamente en la realización de la conducta lesiva, previsibilidad y evitabilidad del resultado dañoso producido a la menor...,solicitando la remisión del historial médico, clínico y ambulatorio de la misma.*"

En particular, denuncia que su hija fue trasladada al Servicio de Urgencias el día 7 de mayo de 06 con "*fiebre alta y dolor de tripa desde el viernes*". El "*lunes, martes y miércoles acudió a la Consulta del Pediatra, ya que la niña continuaba con fiebre alta, sin bajar de 38°, fuerte dolor de tripa y tos nerviosa*". Acudió a Urgencias nuevamente el 11 de mayo,

permaneciendo ingresada la pequeña en observación hasta que se le realizó una placa *"en la que se observa que el pulmón está lleno de pus "*. Inmediatamente se inicia tratamiento que se ajusta el lunes, aunque continúan los síntomas y *"no experimenta mejoría ninguna "*. A las 8 horas del martes, se le realiza un TAC, estando ya en situación gravísima según comentarios de los propios médicos que se encontraban allí ". *"Se comienza a drenar el pulmón mediante la introducción de un tubo... el cual comienza a dar problemas el sábado...Así permanece hasta el lunes y le indican que su hija se encuentra en un estado tan grave que se teme por su vida, ya que el pulmón se ha roto y hay que operar urgentemente, para lo que la derivan a la Clínica M. S. de Zaragoza."* Al llegar a este Hospital, el mismo día 22, la reclamante escucha de los propios médicos que *"Los médicos de Logroño se han vuelto locos"* ya que la niña experimentaba mejoría desde el día 19, puesto que el tratamiento con antibióticos estaba bien puesto, pero *"el diagnóstico tardío y la no realización de una placa con anterioridad fue lo que aumentó la gravedad de la fuerte neumonía que venía sufriendo la menor así como la colocación del tubo de drenaje que causó la rotura del pulmón y además de ser innecesario puso en peligro su vida causando secuelas que aun hoy desconocemos el alcance total de las mismas "*.

Adjunta a su escrito de reclamación la siguiente Documentación: i) Parte de Urgencias de 07/05/06 (págs. 4 y 5 del expediente); ii) Receta médica de 11/05/06 (pág. 6); y iii) Informe de alta del Servicio de pediatría de 01/06/06 (págs 7 y 8).

Segundo

Con fecha 5 de febrero de 2007, se requiere a la reclamante para que acredite la representación de la interesada y cuantifique los daños cuya reparación solicita, advirtiéndole de las consecuencias derivadas si no lo hiciera (pág. 9).

Mediante diligencia de 13 de marzo de 2007, que se extiende para hacer constar su representación y escrito de 18 de junio (*sic*) de 2007, entrada en el Registro auxiliar del Gobierno de La Rioja del siguiente día 20, en que *"la valoración de la mala praxis se valora de forma prudencial en 400.000 "*, se da cumplimiento al trámite (págs 10 a 12). Se manifiesta aportación de la *"radiografía acreditativa de las secuelas existentes en el pulmón..."* que no se incorpora al expediente.

Tercero

Mediante Resolución de 21 de junio de 2007 se inicia el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructora a D^a C. Z. M.. (pág 13). Por escrito de fecha 22 de junio (acuse de recibo del día 26), la Instructora comunica a la interesada la iniciación del expediente y le informa de los extremos exigidos por el artículo 42-4^o y 5^o, "o en otros legalmente previstos"- de la Ley 30/1992. (folios 14 y 15 vto.).

Cuarto

Por comunicación interna de fecha 22 de junio, la Instructora se dirige a la Gerencia del Área II *Rioja-Media* del Hospital *San Millán* solicitando cuantos antecedentes, datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al fallecido; una copia de la historia clínica de la asistencia reclamada exclusivamente; e informes de los Facultativos intervinientes en la asistencia prestada (pág. 17).

Quinto

Con fecha de salida 1 de agosto de 2007, la Asesoría Jurídica de la Dirección Gerencia del Área II comienza a remitir a la Secretaría General Técnica la documentación solicitada por la Instructora, que incluye los informes aportados por D^a C. L. M. , Médico residente que atendió a la paciente estando de guardia de presencia física en la Planta de Pediatría; D. J. J. R. G., que la atendió desde su ingreso en Planta.; D. M. M. G. , Jefe de Sección de Cirugía Torácica, que fue requerido para la valoración del TAC efectuado a la paciente; D^a O. C. B., que la atendió en el Área de Pediatría y Urgencias del Hospital; y D. J. M. F. G. , Pediatra Adjunto del Servicio de Pediatría (págs 18 a 39).

Sexto

El día 23 de agosto de 2007, la Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa da traslado del expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones *"para que por el Médico Inspector que corresponda se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación"* (pág. 40).

El informe de la Inspección, emitido con fecha 16 /10/2007, en base en la historia clínica y los informes que obran en el expediente, adjunta documentación médica relativa a la asistencia prestada (págs 45 a 68) y concluye afirmando que:

"1.-Cuando P. G. acudió la primera vez al Servicio de Urgencias, el día 7/05/06, la sintomatología que presentaba era un cuadro de dolor abdominal y fiebre que se repetía desde hacía dos años. Le hicieron las exploraciones oportunas y se remitió a control por su Pediatra, dado que no presentaba una patología que requiriera ingreso urgente. Durante los días siguientes, fue controlada por su Pediatra. El día 11/05/06, el dolor abdominal persistía, pero la fiebre había desaparecido. Ese mismo día, acudió al Servicio de Urgencias y se le ingreso para estudio. Ese mismo día, fue vista por el Cirujano de guardia, que descartó patología abdominal urgente (su sintomatología seguía siendo dolor abdominal). Ante esto, la Pediatra de guardia reexploró a la niña y al detectar anomalía a la auscultación pulmonar solicito RX urgente de tórax que demostró la existencia de neumonía, e inmediatamente, se le puso el tratamiento antibiótico (el mismo día de ingreso).

2.-A pesar del tratamiento antibiótico, la evolución del proceso neumónico no fue satisfactorio, por lo que se realizaron un Tac toraco-abdomino-pélvico que demostró la existencia de hidroneumotorax derecho, con desplazamiento mediastínico y, en el hemitórax derecho, persistencia de algunas burbujas aéreas dentro del

escaso parénquima. Ante esto, el cirujano torácico le colocó un tubo en cavidad pleural (no en pulmón) para drenaje y se comprobó, tras la analítica correspondiente, que era un empiema, cuyo tratamiento correcto fue el que se realizó.

3.-Al no producirse una reexpansión completa, se trató con urokinasa y, a pesar de la buena evolución, el Cirujano torácico, al observar una fuga aérea importante, sugestiva de una posible fístula broncopleurales (el hidroneumotorax por empiema con fístula broncopleurales es una patología muy grave) decidió el traslado a un Hospital con cirugía Pediátrica (Hospital M. S. de Zaragoza), por si era necesaria la intervención. Cuando llegó al Hospital, se salió el tubo de drenaje y, dada la buena evolución de la niña, decidieron retirárselo y continuar con el tratamiento antibiótico prescrito en Logroño. Afortunadamente, la evolución fue satisfactoria y la niña no requirió intervención y fue dada de alta con un excelente estado general y sin indicación de tratamiento.

Por lo expuesto, no se ha acreditado que, como, refiere la madre de la niña P. G. F., haya existido una actuación negligente de los Médicos que la trataron ni que la colocación del drenaje pleural causara una rotura pulmonar que puso en peligro la vida de la niña. La colocación del drenaje fue correcta y existían indicios de fístula previa en el TAC realizado antes del drenaje pleural.

Esta Inspección Médica considera, tras analizar la Historia Clínica y los documentos aportados, que la atención sanitaria prestada ha sido correcta y adecuada a la *lex artis*" (págs. 41 a 45).

Séptimo

El 5 de noviembre de 2007 la Instructora remite copia de toda la documentación relativa a la reclamación formulada para su gestión por A. y C., de la que esta acusa recibo el 19 de noviembre (págs 69 y 70).

A instancia de Zurich España, con fecha 27 de diciembre de 2007, "por Dictamed Asesoría Médica se emite Dictamen Médico Pericial colegiadamente por cuatro Médicos Especialistas, que obra en el expediente (págs. 71 a 77). Sus conclusiones son del siguiente tenor literal:

- 1.- *La enferma P. G. F. sufrió en múltiples ocasiones cuadros de dolor abdominal que no fueron filiados.*
- 2.- *Fue atendida en el Centro de Salud y en el HSM en varias ocasiones.*
- 3.- *Nunca presentó un cuadro clínico que hiciera sospechar una enfermedad respiratoria, ya que no presentaba ni tos ni alteraciones de la mecánica respiratoria.*
- 4.- *Al no mejorar, se decidió su ingreso en el Servicio de Pediatría del HSM.*
- 5.- *A su ingreso, presentó clínica de enfermedad respiratoria (hipoventilación de hemotórax derecho), por lo que se pudo diagnosticar una neumonía.*
- 6.- *Se puso tratamiento adecuado.*
- 7.- *Se complicó con hidroneumotorax (presencia de líquido y aire en la cavidad pleural).*

- 8.- *Esta situación se produce por la infección pulmonar y la rotura de una bulla pulmonar.*
- 9.- *La colocación de un tubo intratorácico en esta situación es no sólo adecuada, sino indispensable.*
- 10.- *El empleo de la uro quinasa en caso de tabicamiento del derrame es asimismo adecuado.*
- 11.- *La aparición de una fístula bronquial no se debió en absoluto a la colocación del tubo de drenaje, sino a la rotura de una bulla (burbuja) del paren quima pulmonar.*
- 12.- *Como era de esperar, el cierre de la fístula bronquial se produjo espontáneamente.*
- 13.- *Conclusión final: Entendemos que todos los profesionales que trataron a la niña P. G. F. lo hicieron de forma correcta y de acuerdo con la "lex artis ad hoc".*

Octavo

Mediante carta de fecha 11 de enero de 2008, la Instructora comunica al reclamante la finalización de la instrucción, dándole vista del expediente en trámite de audiencia por un plazo de 15 días hábiles para que formule alegaciones y presente los documentos que considere oportunos; ante lo cual, el día 7 de noviembre, la representación letrada de D^a C. F. M. comparece y se le facilita copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento instruido en relación con su reclamación (págs. 78 a 81). No costa en el expediente que se haya formulado alegación alguna en dicho trámite.

Noveno

Con fecha 7 de marzo de 06, la Instructora formula Propuesta de resolución en la que propone *"que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formula D^a I. A. G., en nombre y representación de D^a C. F. M., como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a su hija P. G. F., porque no ha quedado acreditada la relación de causalidad entre dicha asistencia y el resultado dañoso alegado"* (págs. 82 a 89 vto.)

Décimo

El Secretario General Técnico, el día 12 de marzo, remite a la Letrada de los Servicios Jurídicos de la Consejería de Salud el expediente íntegro para su preceptivo informe, que se emite el 17 del mismo mes y año, en sentido desestimatorio de la reclamación, considerando *"ajustada a Derecho la Propuesta de resolución de desestimación de la reclamación patrimonial... porque no ha quedado acreditada la relación de causalidad entre dicha asistencia y el resultado dañoso alegado"* (págs. 90 a 99).

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 17 de marzo de 2008, registrado de entrada en este Consejo el siguiente día 25, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 25 de marzo del 2008, registrado de salida el siguiente día 26 día , el Sr. Presidente del Consejo Consultivo, procedió en nombre del mismo a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia a la Consejera señalada en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una Propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 €.

Al ser la cuantía de la reclamación de 600 € nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el fallecimiento producido y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo no constituye una suerte de "seguro a todo riesgo" para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos y como señala la Propuesta de resolución, la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación de medios y no de resultado, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no

tendrían la condición de antijurídicos, existiendo entonces un título que obliga al paciente a soportar el daño, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes, aun cuando a este particular debe distinguirse entre la denominada medicina curativa y la satisfactiva (Dictamen 99/04).

Advirtamos que la anterior doctrina ha sido matizada en dictámenes posteriores en el sentido de que no se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la "*lex artis ad hoc*", no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél. En tales casos, el perjudicado se ve en la precisión de soportar el daño como consecuencia inevitable de la aplicación de las reglas contenidas en nuestro sistema de responsabilidad, pero no porque tenga -que no lo tiene- un específico deber jurídico de soportarlo: ello no es, en conclusión, resultado de la concurrencia del criterio negativo de imputación previsto en el artículo 141.1 LRJPAC, sino mero efecto reflejo de la no concurrencia de un ineludible criterio positivo de imputación.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

La reclamante, madre de la paciente, considera que la asistencia médica prestada a ésta desde el 7 de mayo en urgencias del Hospital *San Millán*, así como por su médico Pediatra hasta el 22 de mayo de 06 ha sido inadecuada, infligiendo la "*lex artis*" en lo que respecta fundamentalmente al principio de atención, diligencia, prudencia y cautela asistencial, dado que el tratamiento prescrito a su hija y los medios diagnósticos no han sido adecuados, y es evidente que no ha existido un control objetivo de la situación de la paciente durante un tiempo elevado.

1. El historial clínico de la paciente.

Para pronunciarse sobre las alegaciones efectuadas en la reclamación, resulta conveniente extraer de la Historia Clínica de la paciente, contenida básicamente en las págs. 4 a 9 y 17 a 39 y 45 a 68, a 80 del expediente, las dolencias y patologías de ésta.

En particular, es necesario recordar que P. G. F., nacida el 13 de julio de 2001, de origen chino y adoptada a los 9 meses, comenzó a los 2 años con dolores cólicos acompañados de fiebre, sin otra sintomatología acompañante, normalmente autolimitados en el plazo de una semana, aunque en ocasiones, para remitir, ha precisado tratamiento antibiótico, y otras ha remitido sin tratamiento en el plazo de una semana. Por este cuadro,

había sido estudiada por varios Especialistas y en el Hospital del M., sin llegar a un diagnóstico definitivo (pág. 55).

Es portadora de salmonela desde abril 2004, ha requerido tratamiento en varias ocasiones, y ha sido diagnosticada como alérgica a la caseína y al huevo, prescribiéndole leche de soja (pág. 7) . Y otras, sin tratamiento, en el plazo de una semana. Por este cuadro había sido estudiada por varios Especialistas y en el Hospital del M. sin llegar a un diagnóstico definitivo (pág. 19 y 55).

El día 7/05/06, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital *San Millán* de Logroño aquejando dolor abdominal y fiebre de tres días de evolución. Le realizaron la exploración física correspondiente, analítica y ecografía abdominal, no encontrando patología, motivo por el que, con el diagnóstico de dolor abdominal inespecífico, le indican control por su Pediatra, antitérmicos, si fiebre; y volver a Urgencias, si empeora.(págs. 4, 5 y 36).

El día 9/05/06, acudió a su Pediatra del Centro de Salud. La exploración es normal, sin dolor a la palpación, pero tiene fiebre. Le prescriben Nolotil/8 h y control en 24 horas. El día 11/05/06, acude de nuevo al Pediatra y según consta en la Historia Clínica, ha desaparecido la fiebre, pero persiste la abdominalgia, de características cólicas, sin vómitos y con buena tolerancia oral. En otras situaciones similares, el dolor persiste 48 horas tras el cese de la fiebre. Le indica a la madre la posibilidad de dar un espasmolítico a dosis bajas/12 horas y hacer un informe para valorar en el Hospital C. de Madrid por si fuera alguna enfermedad tropical (págs.19, 38, 42, 55 y 56).

El mismo día 11/05/06, la niña acude de nuevo al Servicio de Urgencias por dolor abdominal, que no había cedido con el tratamiento instaurado. En el momento de la exploración, la niña estaba sin fiebre, el abdomen era blando, depresible sin defensa ni puntos dolorosos y los signos meníngeos eran negativos. El Pediatra de Urgencias propone ingreso para estudio (pág. 21, 22 y 38).

Cuando ingresa en Planta de Pediatría, le realizan la correspondiente anamnesis y exploración. Dejan constancia de que el dolor abdominal y la fiebre recurrente de dos años y medio de evolución, había sido estudiada por su Pediatra del Centro de Salud, en el Hospital *San Millán* y en el Hospital del M. de Barcelona sin fijar diagnóstico. Solicitan con carácter urgente, hemograma, bioquímica con proteína C, sistemática, sedimento de orina y, con carácter no urgente, serología para brucela, prueba de Mantoux y RX de tórax. Le administran analgesia. Dada la escasa mejoría de la niña en las primeras horas de ingreso y el resultado de las pruebas analíticas que se reciben, que muestran neutrofilia y Proteína C reactiva > 150, se realiza interconsulta al Cirujano de guardia. Solicita ecografía abdominal, que es normal, y la exploración también, por lo que concluye que no hay patología urgente abdominal que precise su intervención. La Médico de guardia de Pediatría, el mismo día del

ingreso, vuelve a explorar a la niña y al observar hipoventilación en hemitórax derecho, solicita RX de tórax urgente, que demuestra la existencia de neumonía del lóbulo superior y medio de pulmón derecho. Ante esto, le pautan Amoxicilina + Clavulanico intravenoso, siguiendo los protocolos establecidos por el Servicio (pags 19, 22 , 29, 42 y 65 a 67).

La evolución, a pesar del tratamiento antibiótico, no es favorable y le añaden Vancomicina. Persiste hipoventilación izda. y llamativo dolor abdominal, por lo que, el 17/05/06, le realizan TAC toraco-abdomino-pélvico. El resultado indica marcado hidroneumotorax derecho que produce desplazamiento mediastínico; en el hemitórax derecho, persisten algunas burbujas aéreas dentro del escaso parénquima. Se realiza interconsulta con el Cirujano torácico quien, le coloca un drenaje en cavidad pleural con anestesia local. Inicialmente, se obtienen 500 cc de liquido achocolatado, purulento, maloliente. La analítica del liquido pleural confirma las características de empiema. Ante la sospecha de etiología anaerobia, se añade metronidazol al tratamiento.

La niña comienza a mejorar desde el punto de vista clínico, analítico y radiológico. Mejora la función respiratoria, cediendo las saturaciones bajas, la taquipnea y el tiraje. Desde el punto de vista radiológico, se observa un defecto de reexpansión apical, manteniéndose la imagen de condensación neumónica en LSD, que va aclarando, y un discreto derrame inferior. Ante esto, el Cirujano torácico, piensa en un posible empiema loculado que evita la expansión pulmonar completa, por lo que inicia tratamiento con uroquinasas para desbridar la cavidad pleural. Inicialmente, el tratamiento es muy eficaz, con obtención de abundante líquido purulento, pero, el segundo día, observa una fuga aérea importante que hace pensar al Cirujano en una posible fístula- broncopleural. Ante esto, comenta con el Pediatra que trata a la niña que lo más normal es que, manteniendo el drenaje, se cierre espontáneamente, pero que, si no fuera así, habría que operarla y dada la edad de la niña, le sugiere su traslado a un Hospital con Cirugía Pediátrica (págs 32 y 33).

El día 22/05/06, se procede a trasladar a la niña al Hospital *M. S.* de Zaragoza. Cuando llega a Urgencias, se le sale el drenaje y dada la buena evolución, el Cirujano de guardia no ve necesario recolocararlo y mantiene el tratamiento antibiótico que le habían pautado en Logroño. En las primeras 48 horas, persiste la fiebre, hasta un máximo de 38, permaneciendo posteriormente afebril. y mejorando la sintomatología respiratoria. El día 24/05/06, la niña presenta un nuevo episodio de dolor abdominal intenso, que se calma con Nolotil. El día 1/09/06, recibe el alta con un excelente estado general y sin indicación de tratamiento, salvo la realización de ejercicios respiratorios (págs. 7 y 8).

2. Sobre la actuación médica dispensada a la paciente.

La pretendida anormalidad del funcionamiento del Servicio de Urgencias se centra por el reclamante, básicamente en que: i) se produjo un tratamiento tardío que aumentó la gravedad de la neumonía que venía sufriendo la menor; y ii) se colocó un tubo de drenaje en el pulmón que causó la rotura de éste y además de ser innecesario puso en peligro su vida causando secuelas.

Sin embargo, del historial médico aportado, basado en los informes de los Médicos de los Centros Hospitalarios de Logroño y de Zaragoza, así como del informe de la Inspección médica (págs 42 a 44) y de la prueba pericial practicada, suscrita por cuatro Especialistas médicos (págs 71 a 77), se extrae que no ha existido una actuación negligente de los Médicos que la trataron, ni tampoco que la colocación del drenaje pleural causara una rotura pulmonar que puso en peligro la vida de la niña.

A) Según el informe de los Especialistas, "*Aparición de un empiema pleural como complicación de un neumonía*", la neumonía es una infección pulmonar que se caracteriza por la aparición de síntomas característicos, que son: tos, fiebre y alteraciones de la mecánica respiratoria; y la enferma que nos ocupa no presentaba más que fiebre y dolor abdominal, que, por otra parte, ya había sufrido en diversas ocasiones; por lo que no presentaba una clínica que pudiera hacer pensar que se trataba de una neumonía ni tampoco puede saberse en qué momento apareció la misma, ya que hasta varios días después de la aparición del cuadro clínico no presentó alteración a la auscultación. En el momento en que se le diagnosticó, fue correctamente tratada con antibioterapia adecuada para la patología que presentaba.

Al no mejorar a pesar del tratamiento, se le realiza una TAC tóraco- abdominal en la que se encuentra un marcado hidroneumotorax derecho (presenta líquido y aire *en la cavidad pleural fuera del pulmón* -y no en él-, por lo que se decide por parte del Cirujano torácico la colocación de un *drenaje pleural y no pulmonar* (pág. 75). En el mismo sentido, expresamente indica el Dr. D. M. M. G., Jefe de Sección de Cirugía Torácica, que fue requerido por el Servicio de Pediatría para valoración de la paciente tras la realización del TAC : "*Se procede por mi parte a la colocación de un drenaje pleural con anestesia local...La localización del drenaje es en la cavidad pleural y no en el pulmón como se hace constar en la denuncia*" (pág. 32) En idéntico sentido, la Médico Inspector afirma que, ante los resultados del TAC practicado, "*el Cirujano torácico le colocó un tubo en cavidad pleural (no en pulmón) para drenaje* (pág. 44); y el informe de alta de la paciente, emitido por la Facultativa del Hospital M. S. de Zaragoza, donde se hace referencia al tubo de drenaje pleural (Pleurevac) (pág 8).

En este punto, aduce la recurrente, y en ello basa sus apreciaciones sobre la aplicación de un tratamiento tardío, que la placa realizada a la niña el día 11 de mayo, le fue realizada tras

la discusión presenciada por la reclamante en la que *"una joven Médico se enfrentaba a un grupo de compañeros y pide permiso para realizar la placa "*, y que el TAC practicado había sido solicitado por ella con anterioridad. Sin embargo, tales extremos no quedan probados. El informe médico realizado por la Dra. D^a C. L. M. , que atendió a la menor y se encontraba de guardia de presencia física el 11 de mayo de 2006 en Pediatría, expresamente afirma *"en ningún momento tuve enfrentamiento con mis compañeros como se refleja en la reclamación interpuesta por la madre y como es práctica habitual el médico adjunto de guardia del Servicio de Pediatría, conocía y compartía las actuaciones llevadas a cabo"* (Pág 19). En la prueba documental aportada únicamente consta, como se recoge en la descripción de la historia clínica de la paciente anteriormente realizada, que ambas pruebas fueron practicadas por prescripción médica, como suele ser lo habitual.

Por lo demás, siguiendo con el contenido de la prueba pericial practicada, la principal complicación de las neumonías es la aparición de un derrame pleural, que generalmente está compuesto por pus, en la cavidad pleural. Este derrame, cuando es de pus, se llama epidema y normalmente se acompaña de la presencia de aire por rotura de alguna de las bullas que se han producido en el parenquima pulmonar. El tratamiento adecuado e indispensable de esta situación es la colocación del tubo de drenaje pleural, a través de la pared torácica, con un cierre bajo agua para impedir la entrada del aire exterior a la cavidad pleural. Esta intervención se realiza normalmente sin necesidad de anestesia general, sino simplemente bajo sedación o anestesia local. *"Y en este caso, fue el tratamiento que se hizo y que se considera absolutamente correcto y adecuado"* (pág 75), afirmación que es compartida por la Inspección médica, en cuyo informe, tras describir la actuación del cirujano torácico en los términos anteriormente expuestos, expone que *"se comprobó, tras la analítica que era un epiema, cuyo tratamiento correcto fue el que se hizo"* (pág 44).

B) Señalan los Facultativos Especialistas en la materia que, en caso de que el drenaje no funcione correctamente porque se produzca un tabicamiento de derrame, actualmente se emplea una inyección de uroquinasa por el tubo de drenaje, que suele ser eficaz, como ocurrió con esta enferma . La aparición de salida de aire por el drenaje es la expresión de la presencia de una fístula bronquial, que se produjo por la rotura de una bulla y, en ningún caso por lesión del pulmón al colocar el drenaje, tal como se afirma en la reclamación - recordemos que en la exploración mediante TAC que se hizo a la enferma , antes de colocarle el drenaje ya tenía hidroneumotorax (líquido y aire dentro de la cavidad pleural)(pag 76); afirmación que se corrobora por la Inspectora médica al afirmar que la colocación del drenaje fue correcta y existían indicios de fístula previa en el TAC realizado antes del drenaje pleural" (pág. 44).

En definitiva, según se desprende de la pericial médica aportada y del historial clínico de la paciente, *"se puso tratamiento adecuado. Se complicó con hidroneumotorax (presencia de líquido y aire en la cavidad pleural). Esta situación se produce por la infección pulmonar y la rotura de una bulla pulmonar. La colocación de un tubo intratorácico en esta situación es, no sólo adecuada, sino indispensable. El empleo de la uro quinasa en caso de tabicamiento del*

derrame es asimismo adecuado. La aparición de una fístula bronquial no se debió en absoluto a la colocación del tubo de drenaje sino a la rotura de una bulla (burbuja) del paren quima pulmonar". (págs 76 y 77).

Por lo demás, estas fístulas bronquiales se curan espontáneamente con mantenimiento del drenaje durante el tiempo que sea necesario, tal y como ocurrió en este caso. Por ello, cuando la enferma ingresó en el Hospital M. S. no se consideró necesaria la recolocación del mismo. La enferma fue dada de alta con buen estado general (pág. 76). En el informe de alta del Servicio de Pediatría del HMS de Zaragoza, al expresar la "evolución clínica" de la paciente, dice: "A su llegada a Urgencias, se sale el tubo de drenaje pleural (Pleurevac) y dada la buena evolución del proceso, el Cirujano no considera oportuno recolocarlo y se decide mantener tratamiento antibiótico...Recibe el alta con excelente estado general " (pág 8).

A propósito del ingreso de la paciente en el HMS, la reclamante aduce para fundar el inadecuado tratamiento de su hija, que "Al llegar..., palabras textuales de los Médicos de Zaragoza, (dijeron): Los Médicos de Logroño se han vuelto locos, ya que la niña, según pruebas que se le mostraron, indicaba mejoría desde el día 19". Sin embargo, el Dr. R. G., en el informe emitido el 24 de julio de 2007 expresamente dice:

"En su evolución que fue muy satisfactoria se plantea de común acuerdo con Cirugía Torácica la posibilidad de que la paciente hubiese realizado una fístula broncopleural, que sería susceptible de requerir tratamiento quirúrgico, por ello se traslada a Zaragoza (M. S.). Se comunicó a los padres que, a lo mejor, no era susceptible de tratamiento quirúrgico, pero era una posibilidad y no deseábamos realizar traslado de emergencia que pudiera resultar traumático para la niña. Debo insistir que la toracocentesis fue esencial para la curación de la paciente. En la parte literaria comentar: yo no estaba, pero los enfrentamientos en Urgencias, suenan a series televisivas de moda en el momento actual...Quiero añadir que hablé con los Médicos del Servet (conmigo personalmente muy correctos, no me llamaron loco) y dejaron a la niña con el mismo tratamiento y en espera de si era necesario o no la operación (lo mismo que se le comunicó a la familia)" (Pág 29).

Análogamente, el Jefe del Servicio de Cirugía Torácica, en su informe de 1 de agosto de 2007, señala:

" La existencia de un hidroneumotorax por empiema con fístula broncopleural es una situación muy grave, y no fue precisamente el tratamiento aplicado lo que puso en peligro la vida de la paciente. De hecho, se trasladó a la paciente con un excelente estado general y en vías de curación para su mejor vigilancia y no asumir ningún tipo de riesgos" (pág 33).

C) A la vista de lo anteriormente expuesto, es evidente que, no sólo no queda acreditada la existencia de una inadecuada asistencia sanitaria en el caso que nos ocupa, sino que, por el contrario, los Facultativos que atendieron a la menor lo hicieron conforme a la *lex artis ad hoc*. Incluso es cuestionable la existencia misma de un daño efectivo indemnizable, ya que más bien se trata de una simple queja por la atención prestada por los Facultativos.

Pero, desde el punto de vista humano, al igual que se han puesto de manifiesto y analizado por este Consejo Consultivo, como es su deber para dictaminar conforme a Derecho, las razones del descontento de la reclamante con la asistencia recibida por su hija a cargo de los Facultativos del Sistema Público de Salud, sobre los que vierte severas afirmaciones, sin duda movidas por el dolor provocado por el sufrimiento de su hija, parece de justicia traer aquí el testimonio de alguno de los profesionales que atendieron a la menor. En particular, el Dr. R. G. expresa su tristeza porque *"una niña bien tratada desde el punto de vista médico, tratada con un cariño enorme (supongo que ni los padres lo podrán negar) desde el punto de vista humano, y que además se soluciona favorablemente, ocasione este daño a los que por motivo de nuestro trabajo diario, ya encontramos causas reales de dolor"* (pág. 29) y el Dr. M. G., *"Como comentario final y a título personal"*, reflexiona diciendo: *"quiero señalar que me entristece que la colocación del drenaje y el seguimiento, yo diría que con cariño de la paciente por mi parte, se haya interpretado como la adopción de un gesto innecesario que fue el que puso en peligro la vida de la paciente"* (pág.33).

En cualquier caso, este Consejo Consultivo debe señalar, como ya lo hiciera en Dictámenes anteriores, que el trato humano incorrecto según la familia es inconsistente como motivo de reclamación de responsabilidad administrativa patrimonial (D. 9 1/03, F.J.4).

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada por D^a C. F. M., por no existir daño indemnizable y, aunque lo hubiere, al no ser el mismo imputable a la Administración, por haberse ajustado la actuación de los Facultativos que prestaron la asistencia sanitaria y los medios utilizados para ellos a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero