



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 301/2021

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 3 de diciembre de 2021, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 23 de agosto de 2021 (COMINTER 247333 2021 08 23 10 44) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 27 de agosto de 2021, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X en representación de D.^a Z, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_238), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. - Con fecha 19 de noviembre de 2020, un abogado, en nombre y representación de D.^a Z presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por la asistencia prestada por los servicios sanitarios del Servicio Murciano de Salud (SMS) del Hospital Universitario “Morales Meseguer” (HMM).

Fundamenta la reclamación en los siguientes hechos:

Que acudió a urgencias del HMM la noche del sábado 25/05/2019 por presentar desde unos días antes rinorrea con accesos de tos disneizante y sibilantes. Se le aplicó tratamiento broncodilatador y se le dio el alta con el diagnóstico de crisis de broncoespasmo en paciente con asma extrínseco.

Que tras varios días acudiendo a urgencias, la tarde del día 29/05/2019 regresó a urgencias dado que las toses la ahogaban. Afirma que no consta palpación del costado. La auscultación pulmonar (AP) fue normal. Se hizo radiografía (Rx) que evidenció fractura costal en arco anterior de la 8^a costilla derecha. Se le pautó analgesia y se le dio el alta.

Que si bien en la primera asistencia de urgencias pudo estar justificado achacar el problema a sus antecedentes asmáticos, a partir de la segunda no fue así, dado que no se intentó la etiología del problema en ningún momento, sino tan solo se diagnosticó infección respiratoria.

Que en la noche del día 1 de junio volvió a urgencias, quedando ingresada. Llevaba ya 11 días con toses que le habían provocado varias fracturas costales. Durante los 13 días que estuvo ingresada se evidenció neumotórax y derrame pleural. Fue ella quien pidió a los médicos la prueba de la toserina, que tras mucho insistir se le realizó el 11 de junio. Se le dio de alta hospitalaria el día 13 de junio de 2019 con diagnóstico de hemotórax secundario a fracturas costales derechas con desplazamiento de la séptima costilla. Sin un seguimiento específico para el neumotórax. Acudió al Servicio de Alergología el día 19 de junio donde se descartó la etiología del proceso por alguna alergia. El día 20 de junio recibió una llamada del HMM para comunicarle que la prueba de toserina había resultado positiva. En esa llamada comentó a la médico que no se encontraba bien, por lo que ésta le dijo que

fuese a hacerse unas radiografías que se realizaron el lunes 24 de junio.

El día 25 acudió a consulta, el médico al ver las radiografías ordenó el ingreso por un neumotórax grave. Le realizaron otra radiografía que fue informada como normal. Sin embargo, el día 26 la neumóloga le dijo que esas radiografías no servían por el plano en que se habían realizado (el aire quedaba bajo el pulmón y no se apreciaba). A las 20:30h se realizó la radiografía y a las 20:40h la cirujana torácica le informó de que había que operar urgentemente dado que no le "llegaba el oxígeno". A las 20:45h estaba entrando en el quirófano. Con anestesia local perforaron por la zona axilar e implantaron un tubo, tras cerrar vieron que no estaba correctamente colocado por lo que volvieron a realizar la cirugía. Tras tres horas de quirófano sin anestesia volvió a su habitación. Tras 10 días de evolución fue alta.

El 25 de noviembre de 2019 recibió el alta del servicio de Neumología del HMM, con los siguientes diagnósticos: Neumotórax con leve hidrotórax derecho secundario a traumatismo costal (costillas) resuelto por tosferina en paciente asmática bronquial de perfil extrínseco.

Le han quedado las siguientes secuelas:

- Lesión del músculo pectoral derecho producida en la cirugía de neumotórax realizado de urgencia, lo cual le supone dolores y molestias continuas, y un daño estético al quedar el pecho derecho descolgado y un hueco en la parte alta del pecho.
- Pérdida de capacidad pulmonar, tiene que usar ventolín media hora antes de empezar a andar, disnea a leves esfuerzos.
- Tratamiento crónico con inhalador con corticoides por la noche para mejorar capacidad pulmonar.

Acompaña poder general para pleitos y diversos informes de la medicina pública.

No realiza la valoración económica del daño.

SEGUNDO. - Por Resolución del Director Gerente del SMS, de 20 de noviembre de 2020, se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia del Área de Salud VI –HMM- y a la correduría de seguros del SMS.

TERCERO. - Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

De estos profesionales del HMM han emitido informe:

1º El Dr. D. B, Jefe de Sección de Medicina Interna, que indica:

"1º Durante el ingreso que tuvo lugar del 2 al 13 de junio de 2019, en las pruebas radiológicas realizadas (tanto RX simple como TAC torácico) se objetivaron fractura costales y un hemotórax derecho leve, que no era subsidiario de toracocentesis evacuadora, pero en ninguna de las exploraciones realizadas se objetivó ningún neumotórax.

2º Es cierto que realizamos una PCR para tosferina a solicitud de la demandante el día 11, pero no fue tras intensa insistencia como alude la demandante, ya que se planteó en sesión de la sección y se decidió solicitarla.

3º Puesto que en ningún momento existió neumotórax, no había razón para seguimiento específico de dicha patología, pero sí fue citada de forma precoz y acudió el día 19 de junio de 2019 a consultas de Alergias para control.

4º Aunque como decimos, no había razón para seguimiento específico por ningún neumotórax, el día 20 revisamos los resultados de la PCR para Bordetella pertussis de la paciente y tras verificar que era positivo realizamos una llamada telefónica para comunicárselo. Al comentar la paciente que no se encontraba aún bien fue

citada en consultas con nueva radiografía, donde sí se objetivó el neumotórax por lo que ingresó de nuevo en la Sección de Neumología para tratamiento del mismo.

5º La paciente, cuando ingresó en Medicina Interna ya llevaba 3 semanas de evolución de enfermedad e ingresó ya con fracturas costales que se demostraron en el TAC del día 5 de junio de 2019. Además, antes del desarrollo del neumotórax había recibido tratamiento primero con levofloxacino, tratamiento efectivo según algunos estudios y posteriormente con azitromicina.

6º Según diversos. autores y estudios, aunque los antibióticos son eficaces para eliminar B. pertussis, no alteran el curso clínico posterior de la enfermedad, por lo que es dudoso que un tratamiento más precoz hubiera derivado en la no aparición de complicaciones”.

2º. El Dr. D. C, Jefe de Servicio de Neumología, que indica:

“La paciente mencionada fue valorada por Neumología: Dra. G, el día 27 de junio a las 13:55. Se había solicitado el cambio de cargo desde Cirugía a Neumología por los antecedentes respiratorios de la paciente y el origen de las fracturas costales.

Había ingresado el día anterior (26/06/2019), procedente de Urgencias donde fue valorada por Cirujano de guardia realizándose inserción de tubo de toracostomía por la presencia de neumotórax secundario a fracturas costales. El mismo día fue atendida en consulta externa de Unidad Corta estancia por tos y dolor costal y ante la confirmación radiológica de neumotórax y fracturas costales fue remitida a Urgencias para tratamiento.

La paciente estuvo ingresada en Medicina Interna del 02/06/2019 al 13/06/2019 por cuadro de tos, dolor torácico y Fracturas costales (5 y 6 arcos costales derechos). PCR positiva a Bordetella pertussis. Además antecedentes de asma leve con sensibilización frente a los ácaros.

Al ingreso la paciente estaba eupneica con constantes vitales normales, saturación Oxígeno basal del 98%. Durante su estancia permaneció estable con dolor en el punto de inserción del tubo, precisando analgesia intravenosa con metamizol. El día 01/07/2019 se retiró tubo torácico tras verificar resolución del Neumotórax, siendo alta el 05/07/2019. Durante su estancia permaneció afebril mejorando paulatinamente el dolor, hasta el alta. Fue revisada posteriormente en consultas externas en dos ocasiones para verificar evolución favorable y ausencia de complicaciones:

- El día 30/07/2019, continúa precisando analgesia para el control mejoría de la tos. Exploración física normal. Rx tórax sin evidencia de neumotórax

- El día 25/11/2019, continúa con dolor costal que le impide hacer vida normal. Exploración física normal. Rx tórax: Resolución completa del hidroneumotórax derecho. Callos de fractura costales. Espirometría basal normal”.

3º. El Dr. D. F, Catedrático de Cirugía y Jefe de Servicio de Cirugía General, que indica:

“Z (Número de HC HMM ----) fue remitida desde las Consultas Externas de Medicina Interna de este Hospital al servicio de Urgencias el 26-6-19 al haber comprobado la existencia de pequeño neumotórax y hemotórax derecho en el contexto de un proceso respiratorio asmático reagudizado, con asociación de tosferina, y presencia de fracturas costales espontáneas derechas 5ª y 7ª. Fue contactado el servicio de Cirugía General para valoración de colocación o no de un drenaje pleural. En un principio y dado el pequeño tamaño del neumotórax, se decidió un manejo conservado y observar evolución, ingresando el mismo día en el Hospital.

El día 27-6-19 se valora de nuevo por Cirugía General y se decide la inserción de un drenaje pleural derecho para acelerar la resolución del proceso. Ese día se coloca, en la sala de Reanimación y bajo monitorización un drenaje (tubo) quirúrgico en la cavidad pleural derecha. El proceso se realizó bajo anestesia local. En la radiografía posterior con aparato portátil (prueba realizada con portátil en la sala de Reanimación) se considera conveniente reubicar el tubo, con resultados satisfactorios (nueva comprobación radiológica con portátil en sala de

Reanimación). El proceso es largo y lleva un tiempo, fundamentalmente por la espera para la realización de radiografías y para la conclusión del informe de radiodiagnóstico que corresponde al médico radiólogo de guardia. Luego el tubo se conecta a un dispositivo denominada Pleur-Evac que funciona como sistema de aspiración regulado y colector de líquido pleural. Este paso se realiza de forma paulatina, para que la aspiración no sea brusca, y precisa vigilancia hasta comprobar que funciona correctamente. Concluido, la paciente fue devuelta a su habitación y fue cambiado el cargo al Servicio de Neumología para seguimiento del cuadro respiratorio y del cuidado del drenaje.

La inserción de tubos pleurales la realiza el cirujano general de guardia, pero no porque sea una indicación urgente necesariamente, sino porque es la forma de evitar una demora de varios días inevitable si hubiera que programar la cirugía. Así, el cirujano de guardia, dentro de sus funciones de atención continuada, en el momento y tiempo oportuno en que otras actividades urgentes o más preferentes no requieren su atención, coloca el tubo de tórax.

El día 1-7-19 le fue retirado el tubo pleural y fue dada de alta el 5-7-19 por el Servicio de Neumología, por evolución favorable, totalmente resuelto el episodio de hemo-neumotórax que requirió su drenaje, según consta en el informe de Neumología. La pequeña herida quirúrgica torácica se hallaba en buena situación y se suministró indicaciones de cuidados y momento de retirada de puntos, todo reflejado en el informe asociado de Enfermería.

No consta que exista ningún tipo de ruptura muscular ni deformidades mamarias. Sin embargo, las cicatrices son ineludibles tras la incisión cutánea, la elaboración del túnel y el mantenimiento del tubo unos días, además de la necesidad de puntos cutáneos de sujeción de dicho tubo.

Comentario:

Se trata de un caso de neumotórax, una entrada de aire en una de las cavidades pleurales. Esta entrada de aire puede ser espontánea, habitualmente por ruptura de bullas pulmonares superficiales, o secundaria a algún proceso que motiva esta entrada de aire, como unas fracturas costales u otro tipo de patología. El papel de la Cirugía general en el tratamiento del neumotórax de cualquier origen es el mismo: si es pequeño puede someterse a manejo conservador y observación, y si no lo es (caso más frecuente) se somete a drenaje quirúrgico pleural mediante inserción de un tubo grueso. El tubo se introduce, bajo anestesia local, tras realización de una incisión en la piel del tórax y creación de a modo de un túnel por un espacio intercostal alto (2º o 3º espacio), habitualmente en la misma mueble-cama y en una sala que permita la monitorización y vigilancia del paciente, como es la sala de Reanimación del Hospital en nuestro caso. Tras la inserción conviene anotar los resultados y posición del tubo, lo cual se lleva a cabo mediante una radiografía que -para que el paciente no tenga que salir de la Sala- se realiza con aparato portátil de rayos. Todo ese proceso es largo, tedioso, consumidor de tiempo, más aún si se tiene en cuenta que se consideró conveniente la repetición de la exploración radiológica. A más abundamiento, el cirujano tiene que aguardar no sólo la ejecución de la prueba (en este caso 2), sino el informe de radiodiagnóstico, que compete al radiólogo de guardia. Concluido todo el procedimiento hay que avisar al celador, que viene cuando puede a trasladar al paciente a su habitación. El tiempo del familiar o allegado, en los hospitales, desde que un paciente sale de su habitación hasta que vuelve, se hace por tanto eterno.

No puede hablarse de secuelas vinculadas a deficiente asistencia sanitaria en cuanto a la Cirugía General. La cirugía se llevó a cabo en el momento en que se consideró conveniente, no fue de extrema urgencia, se usó la anestesia habitual (local) el procedimiento siguió los pasos ordinarios, y las secuelas cicatriciales son las ineludibles a una incisión, disección y mantenimiento de un tubo en pared torácica”.

4º. El Dr. D. H, Jefe de Servicio de Urgencias, que indica:

“La paciente acudió el día 25 por rinorrea, tos, sensación disneica y sibilante. Tras la correspondiente historia clínica sin objetivar síntomas, ni signos de gravedad y dados sus antecedentes personales, fue dada de alta con el Juicio clínico de crisis de broncoespasmo y tratamiento a tal efecto.

El día 26 acude de nuevo por clínica parecida, aunque en este momento resaltaba aumento de la tos y dolor torácico, sin otra clínica acompañante, la exploración no resaltaba ningún dato. Se solicitó Rx. de tórax que no evidenciaba neumonía, siendo dada de alta con el juicio clínico de infección respiratoria de vías altas añadiendo al tratamiento antihistamínicos.

El día 27 acude por persistencia de la clínica, por lo que se decide pedir analítica y una nueva radiografía, no observándose ningún parámetro alterado. Se decidió dejar a la paciente en observación y aplicándole tratamiento broncodilatador y analgésico con mejoría sintomática y descartados criterios de gravedad fue dada de alta, con el mismo juicio clínico, añadiendo al tratamiento analgésicos a las 2:30h del día 28.

El día 29 acude de nuevo a las 7:56h, por aumento del dolor costal, por lo que se prescriben otro tipo de analgésicos, con el fin de mitigar el dolor. Este mismo día acude de nuevo a las 19:20h por persistencia del dolor torácico por lo que solicita Rx de parrilla costal derecha objetivándose fisura en la octava costilla, por lo que se decide aumentar la pauta analgésica, siendo dada de alta el día 30 a las 00:48h.

El día 1 de Junio acude de nuevo por dolor costal refractario a los analgésicos y dado que no hay mejoría con el tratamiento aplicado en urgencias, se decide ingreso a la unidad de corta estancia para control de los síntomas.

Quiero resaltar que el Servicio de Urgencias actuó adecuadamente en las diferentes visitas y de acuerdo a lex artis. Dado que los diagnósticos se basan en la coherencia entre la historia clínica y las pruebas complementarias, hechos que a veces necesitan tiempo para ser congruentes, como ha sido este caso.

La paciente siempre estuvo atendida en este Servicio y en ningún momento presento datos clínicos, ni en las pruebas complementarias que supusieran un peligro para su integridad física".

CUARTO. - Con fecha 4 de febrero de 2021 se solicita informe de la Inspección Médica, no constando que haya sido evacuado hasta la fecha.

QUINTO. - Con fecha 6 de marzo de 2021, la compañía aseguradora del SMS aporta informe médico-pericial de los Drs. D. M y D^a. P, ambos Especialistas en Medicina Interna, en el que se concluye que:

"1. El diagnóstico de tosferina en adultos es poco frecuente y muy difícil de sospechar si no hay antecedentes de contactos con personas que padezcan la enfermedad.

2. Teniendo en cuenta los antecedentes de la enferma y lo inespecíficos de sus síntomas era correcto enfocar el problema como una reagudización del asma que había padecido.

3. En cuanto se sospechó la enfermedad se tomó una muestra de exudado de la nasofaringe para confirmarlo mediante la realización de una PCR y se comenzó tratamiento con azitromicina que es el antibiótico de elección para el tratamiento de esta enfermedad.

4. El tratamiento de la tosferina se administra para reducir su progresión y erradicar el germen impidiendo su propagación a otras personas.

5. La Bordetella ataca y destruye a las células que recubren el árbol traqueobronquial, que es lo que causa la tos. El tratamiento con azitromicina no sirve para acelerar su reposición por lo que no disminuye la tos hasta que las células hayan sido restituidas.

6. Las células tardan varias semanas en reponerse por lo que la tos tardará también unas semanas en desaparecer.

7. La decisión de tratar en un primer momento de forma conservadora el neumotórax que era leve cuando se descubrió fue un tratamiento totalmente correcto y prudente.

8. La correcta vigilancia del mismo puso en evidencia, al día siguiente, su crecimiento lo que aconsejó la colocación de un tubo de drenaje pleural.

9. El tubo NO se colocó con la máxima urgencia como se dice en la reclamación sino tras observar la progresión del neumotórax en las últimas 24 horas.

10. El procedimiento se realizó con anestesia local como se hace habitualmente.

11. La técnica consiste en hacer una pequeña incisión en el segundo espacio intercostal en el lado en que se encuentra la lesión.
12. A través de esta incisión se pasa un tubo de un cm de diámetro aproximadamente que no puede producir la rotura de ningún músculo.
13. La incisión es muy pequeña pero siempre deja una cicatriz.
14. La colocación del tubo de drenaje pleural permitió que el pulmón se reexpandiera satisfactoriamente acelerando su curación.
15. La introducción del tubo por una incisión pequeña no puede producir, ni produjo, la rotura de ningún músculo ni puede afectar a la posición de la mama.
16. La paciente dijo que NO SEGUÍA NINGÚN TRATAMIENTO cuando fue atendida en el servicio de urgencias del Hospital Morales Meseguer el 18 de noviembre de 2018 por un dolor abdominal sin relación con su patología anterior.
17. Si, a pesar de esta afirmación, la paciente toma corticoides inhalados por la noche, lo hace para prevenir un nuevo episodio de broncoespasmo secundario a su asma que padece no por haber padecido un neumotórax secundario a una fractura costal.
18. La colocación del tubo pleural no puede disminuir la capacidad pulmonar de la enferma, ni se lo causó a esta paciente como lo demuestra el resultado normal de la espirometría que se hizo en su última revisión en la consulta externa de neumología el 18 de noviembre de 2019.
19. La inhalación de corticoides no aumenta la capacidad pulmonar, sino que pretende evitar nuevos episodios de broncoespasmo ligados al asma.
20. En conclusión, las diferentes actuaciones de los médicos del Hospital Morales Meseguer sobre esta paciente fueron correctas y se ajustaron a la *lex artis ad hoc*”.

SEXTO. - Con fecha 13 de mayo de 2021 se otorgó trámite de audiencia a los interesados, no constando que hayan formulado alegaciones.

SÉPTIMO. - La propuesta de resolución, de 18 de agosto de 2021, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, por no haberse acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial del SMS.

OCTAVO. - Con fecha 23 de agosto de 2021, se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA. - Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

SEGUNDA. - Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la LRJSP.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público sanitario, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

II. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó mediante escrito registrado con fecha 19 de noviembre de 2020, como hemos dicho, antes del trascurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPACAP. Dicho artículo, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, dispone que *“el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*. En el presente caso el alta de la reclamante se produjo el 25 de noviembre de 2019, por lo que la reclamación estaría dentro del plazo para reclamar.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que excede del previsto en el artículo 91 LPACAP y que en ningún momento se ha requerido a la reclamante para que valore económicamente el supuesto daño producido, y, como hemos indicado más arriba, tampoco consta la emisión del informe de la Inspección Médica. No obstante ello, existen suficientes elementos de juicio para resolver sobre el fondo

TERCERA. - Elementos de la responsabilidad patrimonial.

I. El artículo 106.2 de la Constitución Española (CE) reconoce el derecho de los particulares a ser indemnizados por cualquier lesión que sufran en sus bienes y derechos cuando dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. En similares términos se expresa el artículo 32 y siguientes de la LRJSP, que configura una responsabilidad patrimonial de naturaleza objetiva, de modo que cualquier consecuencia dañosa derivada del funcionamiento de los servicios públicos debe ser, en principio, indemnizada.

No obstante, el Tribunal Supremo viene declarando de forma constante (por todas, en su Sentencia de 5 de junio de 1998) que no es acorde con el citado principio de responsabilidad patrimonial objetiva su generalización más allá del principio de causalidad, de manera que para que exista tal responsabilidad es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso sufrido, sin que la responsabilidad objetiva de la Administración pueda extenderse a cubrir cualquier evento. Ello, en definitiva, supone que la prestación por la Administración de un determinado servicio público no implica que aquélla se convierta en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse, con independencia del actuar administrativo, ya que, de lo contrario, el actual sistema de responsabilidad objetiva se transformaría en un sistema pr ovidencialista no contemplado en nuestro ordenamiento.

En suma, de acuerdo con lo establecido por los artículos 32 y ss. LRJSP son requisitos para que se reconozca la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración los siguientes:

- a) Que exista un daño real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño tenga su causa en el funcionamiento de los servicios públicos.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada *“lex artis ad hoc”*, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica

y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la *“lex artis”* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La *“lex artis”*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 9 de octubre de 2012, *“debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004, con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).*

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA. - Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación.

Considera la reclamante que existe relación de causalidad entre la deficiente asistencia sanitaria y los daños causados, puesto que:

- Se debió hacer un diagnóstico y tratamiento temprano de la tosferina que habría evitado las fracturas costales y los problemas pulmonares que presenta.
- Hubo un defectuoso control del neumotórax que derivó en una intervención de extrema urgencia, sin anestesia, en la que además se rompió el músculo pectoral de la paciente sin justificación.

En el presente caso, no aporta la reclamante al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga su reclamación, obligándole a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 LEC, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que *“Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...”*.

Es por ello que para poder determinar si ha existido o no vulneración de la *lex artis* será preciso acudir a los informes de los profesionales que obran en el expediente.

Con base en dichos informes coincidimos con la propuesta de resolución en que se puede afirmar que no existe la necesaria relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario. Ello, a su vez, impide considerar al daño como antijurídico y tampoco existió mala praxis en la actuación del servicio sanitario.

Así, en cuanto a la primera cuestión planteada, sobre la necesidad de diagnóstico temprano de la tosferina, en el informe del Jefe de Servicio de Medicina Interna se indica claramente que *“aunque los antibióticos son eficaces para eliminar B. pertussis, no alteran el curso clínico posterior de la enfermedad, por lo que es dudoso que un tratamiento más precoz hubiera derivado en la no aparición de complicaciones”*.

Por su parte, el Jefe de Servicio de Urgencias indica que *“los diagnósticos se basan en la coherencia entre la historia clínica y las pruebas complementarias, hechos que a veces necesitan tiempo para ser congruentes, como ha sido este caso. La paciente siempre estuvo atendida en este Servicio y en ningún momento presentó datos clínicos, ni en las pruebas complementarias que supusieran un peligro para su integridad física”*.

Por último, en el informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora del SMS, se indica sobre este particular:

“En primer lugar la sospecha de la existencia de tosferina es muy difícil porque sus síntomas son inespecíficos y no parece que en el momento en que ocurrieron los hechos existiera una epidemia declarada de tosferina en Murcia. Los síntomas que refirió la enferma los días 25, 27 y 29 de mayo de 2019 cuando fue atendida en el servicio de urgencias del Hospital Morales Meseguer eran totalmente inespecíficos, tos que a veces se acompañaba de dificultad respiratoria con picor de garganta y se correspondían perfectamente con sus antecedentes de asma. Como hemos indicado en el epígrafe 4.2 de consideraciones sobre la tos, esta puede representar un equivalente asmático en lugar de las sibilancias. Además en estos tres días no presentó fiebre. Por tanto el juicio clínico de crisis asmática por infección respiratoria de vías altas fue totalmente correcto y ajustado a los síntomas y signos que presentaba la paciente. Tampoco refirió haber estado en contacto con ning una persona que tuviese tosferina en ninguna de las atenciones en el servicio de urgencias.

En la actualidad, la tosferina, no es una enfermedad frecuente y menos en los adultos que deba pensarse como primera posibilidad en una enferma con tos y dificultad respiratoria con antecedentes de asma y en primavera, época en que se producen la mayoría de las reagudizaciones del asma.

La toma para PCR para Bordetella pertussis se realizó en 11 de junio, y ante la sospecha se comenzó tratamiento con azitromicina que es el antibiótico de elección indicado para este germen.

El tratamiento de la tosferina se administra, no porque vaya a mejorar los síntomas sino, para erradicar el germen y evitar que siga destruyendo células del epitelio bronquial y así como para evitar contagios a las personas que

rodean al paciente.

Como hemos indicado en el epígrafe 4.3 de consideraciones sobre la tosferina, la infección por Bordetella pertussis produce la destrucción de las células ciliadas del árbol bronquial que es la causa de la tos y estas células tardan varias semanas en regenerarse y evitar que se produzca la tos.

La paciente a pesar de estar correctamente tratada tardó semanas en desprenderse de la tos con arreglo a lo que hemos comentado antes.

Con respecto a las fracturas costales es imposible asegurar que de haberse hecho antes el diagnóstico se pudiese haber evitado ya que como hemos dicho el tratamiento específico para esta enfermedad no produce la disminución de los accesos de tos a corto plazo. Además hay que resaltar que la tos, en estos casos, no responde al tratamiento habitual de la misma con mórficos como la codeína y menos con el resto de antitusígenos.

Aunque todos los tratados indican que la tos puede ser la causa de fracturas costales, en nuestra experiencia de más de 40 años de trabajo en diferentes servicios de urgencias hospitalarios no hemos atendido nunca un caso similar a este.

Resaltaremos que este tratamiento se aplicó a la paciente desde el segundo día en que acudió a urgencias y se constató que el tratamiento del broncoespasmo no eliminaba la tos”.

Por tanto, puede concluirse que teniendo en cuenta los antecedentes de la enferma y lo inespecífico de sus síntomas era correcto enfocar el problema como una reagudización del asma que había padecido.

En cuanto a la segunda cuestión planteada, respecto a que hubo un defectuoso control del neumotórax que derivó en una intervención de extrema urgencia, sin anestesia, en la que, además, se rompió el músculo pectoral de la paciente sin justificación, y comenzando por el informe del Jefe de Servicio de Medicina Interna, en este se indica claramente que en las pruebas radiológicas realizadas (tanto RX simple como TAC torácico) se objetivaron fracturas costales y un hemotórax derecho leve, que no era subsidiario de toracocentesis evacuadora, pero en ninguna de las exploraciones realizadas se objetivó ningún neumotórax. Puesto que en ningún momento existió neumotórax, no había razón para seguimiento específico de dicha patología, y fue en la siguiente cita a consultas con nueva radiografía, donde sí se objetivó el neumotórax por lo que ingresó de nuevo en la Sección de Neumología para tratamiento del mismo.

En cuanto al informe del Jefe de Servicio de Cirugía General, en el se explica que en un principio y dado el pequeño tamaño del neumotórax, se decidió un manejo conservador y observar evolución, ingresando el mismo día en el Hospital. Que el día 27-6-19 se valora de nuevo por Cirugía General y se decide la inserción de un drenaje pleural derecho para acelerar la resolución del proceso bajo anestesia local. Que la inserción de tubos pleurales la realiza el cirujano general de guardia, pero no porque sea una indicación urgente necesariamente, sino porque es la forma de evitar una demora de varios días inevitable si hubiera que programar la cirugía.

El día 1-7-19 le fue retirado el tubo pleural y fue dada de alta el 5-7-19 por el Servicio de Neumología, por evolución favorable, totalmente resuelto el episodio de hemo-neumotórax que requirió su drenaje, según consta en el informe de Neumología. La pequeña herida quirúrgica torácica se hallaba en buena situación y se suministró indicaciones de cuidados y momento de retirada de puntos. No consta que exista ningún tipo de ruptura muscular ni deformidades mamarias. Sin embargo, las cicatrices son ineludibles tras la incisión cutánea, la elaboración del túnel y el mantenimiento del tubo unos días, además de la necesidad de puntos cutáneos de sujeción de dicho tubo, por lo que concluye que no puede hablarse de secuelas vinculadas a deficiente asistencia sanitaria en cuanto a la Cirugía General. La cirugía se llevó a cabo en el momento en que se consideró conveniente, no fue de extrema urgencia, se usó la anestesia habitual (local) el procedimiento siguió los pasos ordinarios, y las secuelas cicatriciales son las ineludibles a una incisión, disección y mantenimiento de un tubo en pared torácica.

Por último, en el informe pericial-médico aportado por la compañía aseguradora del SMS se indica que “La primera vez que se detectó el neumotórax el tamaño era pequeño y no había aumentado con respecto al que aparecía en la radiografía realizada de rutina dos días antes por lo que se decidió un tratamiento conservador con vigilancia para ver si aumentaba de tamaño lo que es perfectamente prudente y correcto para evitar las molestias

de la inserción de un tubo pleural y su posterior mantenimiento.

Al día siguiente se realizó una nueva radiografía de tórax [HC-95] en la que se objetivó el crecimiento del neumotórax decidiéndose entonces; de forma totalmente correcta, la inserción del tubo pleural...

Este procedimiento no se realizó de EXTREMA URGENCIA sino cuando debía de hacerse y como se hace en la mayoría de las ocasiones, se realizó bajo anestesia local [EA-51] foliado 27 y no sin anestesia como se dice en la reclamación.

Como describimos en el epígrafe 4.5, (Consideraciones sobre el hemoneumotórax) la técnica consiste en hacer una pequeña incisión a la altura del segundo espacio intercostal del lado afecto por lo que no es posible ROMPER EL MUSCULO PECTORAL como se dice en el escrito mostrado, lo que se hace es perforarlo de forma que cuando se retira el tubo la incisión se cierra en varios días sin dejar ninguna secuela muscular...

Ya hemos referido como la técnica de inserción del tubo la única secuela que puede dejar es una pequeña cicatriz en la pared torácica y que es imposible evitar pero en absoluto puede ser responsable de que quede el pecho descolgado con un hueco. Imaginamos que al referirse al pecho lo hace con respecto a la mama que no tiene que verse afectada y respecto al hueco en la parte alta del pecho no se ha descrito en ninguno de los informes posteriores.

La supuesta pérdida de capacidad pulmonar no es cierta puesto que en la última revisión en la consulta externa del servicio de neumología realizada el 25 de noviembre de 2019 [EA-32] Foliado 16b, se le realizó una espirometría, prueba que sirve para valorar la capacidad pulmonar que fue rigurosamente normal.

El tratamiento crónico al que se refiere en esta página en el tercer párrafo no debe ser cierto porque en la ocasión en que acudió al servicio de urgencias del Hospital Morales Meseguer el 18 de noviembre de 2020 [HC-35], interrogada sobre que tratamiento hacía respondió que NINGUNO.

De todas formas debemos recordar que esta paciente ha tenido diversos episodios de broncoespasmo y ha sido diagnosticada de padecer asma. Pues bien, el medicamento que señala que toma por las noches, inhalador de corticoides, es un fármaco broncodilatador que se utiliza para prevenir los episodios de broncoespasmo secundarios al asma y no tiene ninguna relación con la supuesta disminución de capacidad pulmonar que como hemos visto era normal en la última revisión realizada.

Por ello, en cuanto al neumotórax, podemos afirmar que el tubo se colocó en el momento oportuno, con anestesia local, y no con la máxima urgencia, sino tras la observación de su evolución durante 24 horas, no pudiendo haber producido la inserción del tubo la rotura de ningún músculo ni puede afectar a la posición de la mama, ni puede disminuir la capacidad pulmonar de la enferma.

*En definitiva, frente a la mera opinión particular y subjetiva de la reclamante debe prevalecer el contenido de los informes médicos referidos, que concluyen sin fisuras que la actuación de los servicios médicos ha sido plenamente conforme a la *lex artis* y no existe el defectuoso proceso asistencial que se alega en la reclamación.*

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA. - Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no haberse acreditado relación de causalidad alguna entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario.

No obstante, V.E. resolverá.