

Expediente Núm. 153/2017  
Dictamen Núm. 211/2017

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 27 de julio de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 20 de abril de 2017 -registrada de entrada el día 27 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados de un retraso diagnóstico de una fractura cervical.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 21 de julio de 2016, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de lo que considera un retraso diagnóstico de una fractura cervical.

Refiere que a las 13:28 horas del día 30 de julio de 2014 fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital ....., al que llegó en una ambulancia tras haber sido “rescatada” por personal del Servicio de Bomberos y de la Policía Local de Oviedo al haber sufrido en su domicilio una “caída de espaldas desde

altura". Tras realizársele en el Servicio de Urgencias una serie de pruebas, entre otras un TAC cervical, de cuyo informe destaca que "no se identifican líneas de fractura ni imágenes sugestivas de luxación", fue dada de alta a las 0:58 horas del día 31 de julio. Manifiesta su extrañeza con respecto al hecho de que al alta no le fuese "pautado, aunque solo sea a modo de prevención, el uso de collarín". Ya en su domicilio, y debido a la persistencia del "dolor y ligera inclinación de la zona cervical", fue vista el día 4 de agosto en su domicilio por su médico de familia.

Toda vez que el cuadro de dolor no remitía en los días posteriores, optó por acudir a una clínica privada, "donde le es realizada radiografía" y, con la sospecha de una "posible lesión en cervical C6-C7", un TAC el día 18 de agosto en el que se identifica, "a la altura del espacio intervertebral C6-C7 (...), interrupción de la calcificación del ligamento longitudinal anterior; asimismo, se identifica fractura bilateral no desplazada de las apófisis articulares superiores de C7, asociado a aumento de atenuación del espacio interespinoso C6-C7 en relación a edema sin evidente aumento de este espacio".

Diagnosticada en la medicina privada la lesión que padecía, "de forma inmediata le es pautada inmovilización de la zona a medio de collarín"; y tras valorar y descartar su tratamiento quirúrgico, "por cuanto las vértebras ya no están en su posición original, hay espondilitis con el riesgo de fracturar las vértebras adyacentes e incluso se menciona dificultad para la intubación en estos pacientes", se opta por seguir un tratamiento conservador.

Describe de manera detallada el proceso seguido, desarrollado íntegramente en el ámbito de la medicina privada, hasta dar por estabilizadas las lesiones el 21 de julio de 2015; día en el que, tras valorar un TAC realizado el 18 de ese mismo mes, un facultativo del Servicio de Neurocirugía de la clínica privada a la que la reclamante confió su recuperación informa que "se encuentra en mejoría clínica con desaparición del cuadro doloroso, pudiendo deambular con ayuda y presentando deformidad en flexión cervical y caderas en flexo (esta secundaria a su patología reumática previa). Se ha ido retirando progresivamente el collarín, aunque debido a la atrofia muscular lo precisa de forma intermitente. La paciente precisa ayuda para la vida diaria (baño)".

Reprocha al servicio público sanitario que “aquel inicial diagnóstico que se realiza por el Servicio de Urgencias del (Hospital .....) en fecha 30 de julio de 2014 no fue el correcto, fijar el alta (...) con un simple tratamiento antiinflamatorio y contra el dolor, prescindiendo de cualquier otra medida, al menos de carácter preventivo en la zona cervical, como pudo haber sido la colocación de un collarín que le inmovilizara la zona en esos primeros días hasta ver el resultado y la evolución de la lesión; más aún cuando el motivo de la atención hospitalaria deriva de una caída en altura y de espaldas, agravada con los antecedentes de la enfermedad que padecía (...), como lo es una espondilitis anquilosante crónica y conocida por el Servicio de Urgencias que multiplica el riesgo de fractura ante situaciones como la ocurrida debido a la compleja pérdida de flexibilidad de la columna, lo que evidencia que dicho tratamiento solo puede derivarse de una equivocada interpretación de las pruebas que le fueron realizadas en el propio centro hospitalario, como lo era el TAC; señalar que `no se le identifican líneas de fractura ni imágenes sugestivas de luxación´ en la zona del impacto, vértebras C6-C7, es cuanto menos un error de consecuencia tan gravosa en la paciente que le hizo sufrir durante un tiempo un riesgo vital que pudo paliar al haber sido tratada posteriormente por otra entidad asistencial”.

Subraya que “visionado el resultado de aquel TAC, realizado en Urgencias se evidencia sin ningún género de dudas que la paciente se encontraba ya en aquel momento ante una fractura a la altura del espacio intervertebral C6-C7, el documento fotográfico (...) que se adjunta (...) revela el grave error de diagnóstico que se produce; hecho que hace decaer el principio rector que la *lex artis* dispone y que se entiende ha de imperar en toda actuación médica, poniendo de relieve en este caso la impericia del profesional actuante, ello con consecuencia gravosa para el paciente que la sufre”.

Pone de manifiesto que “su estado clínico actual cursa orgánicamente una hiperflexión del cuello que le impide la adopción de la posición de erguida la cabeza, a la vez que le limita el campo de visión. Además de padecer una notoria alteración de la esfera psíquica reactiva a las secuelas que padece, que han sido etiquetadas de `síndrome ansioso depresivo con componentes fóbicos´ que precisan de seguimiento psiquiátrico”.

Tomando como referencia el baremo aplicable a las víctimas de accidentes de circulación durante el año 2014, solicita una indemnización cuyo importe total fija en ochenta y ocho mil trescientos setenta y cinco euros con catorce céntimos (88.375,14 €), con arreglo al siguiente desglose: 356 días transcurridos entre el 30 de julio de 2014 y el 21 de julio de 2015 -fecha de estabilización de las secuelas-, 50 de los cuales fueron impeditivos, 17.873,46 €; 17 puntos de perjuicio funcional -10 por "fractura acuñaamiento anterior" y 7 por "trastorno depresivo reactivo"-, 12.434,31 €; 3 puntos de perjuicio estético, 1.851,45 €; un 10 % de factor de corrección, 3.215,92 €, y daño moral por el "grave empeoramiento en su calidad de vida diaria", 53.000 €.

Adjunta a su escrito diversa documentación citada al hilo del relato de los hechos, conformada por diferentes informes médicos tanto de centros sanitarios públicos como privados, que acreditan la asistencia reciba por la reclamante a lo largo de este episodio.

**2.** Mediante escrito de 6 de septiembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** El día 23 de septiembre de 2016, comparece en las dependencias administrativas la perjudicada a fin de otorgar, al amparo de lo establecido en el artículo 32.3 de la Ley 30/1992, capacidad de representación para actuar en su nombre a lo largo del procedimiento al letrado que identifica.

**4.** Con fecha 18 de octubre de 2016, el representante de la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito al que adjunta dos informes periciales que -entiende- "ponen de manifiesto el irregular proceder por parte del Servicio de Urgencias del (Hospital .....) y la consecuencia gravosa para la salud y bienestar" de la reclamante.

El primero de ellos es un informe pericial, elaborado el 20 de julio de 2016 por un especialista en Medicina Legal y Forense, sobre "los aspectos de

interés médico-legal que concurrieron en la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Hospital .....” a la interesada. En él, tras dejar constancia de sus antecedentes -“intervenida de hernia inguinal y amigdalectomía y padece espondilitis anquilopoyética”- y de su estado actual, se afirma que, “desde el punto de vista clínico, se aprecia la existencia de inicio de una patología traumática resultante de una caída sufrida el 30-07-2014 (...), consistente en una fractura bilateral de las apófisis articulares superiores de C7 que no fue diagnosticada hasta el día 18-08-2014./ En relación a la evolución de la citada fractura, en el TAC realizado el día 30-07-2014 (reconstrucción sagital media) se aprecia que no hay desplazamiento de C6-C7 y, de igual modo, en los cortes transversales se aprecia la rotura aún sin desplazamiento. Por el contrario, en la radiología simple de (...) 18-08-2014 ya se aprecia un desplazamiento anterior de C6 sobre C7, con separación y angulación anterior./ Esta evolución, iniciada con desplazamiento y posterior fusión parcial y progresiva hasta la consolidación en deformidad en flexión cervical, no se hubiera producido si desde un principio se hubieran tomado medidas pertinentes para evitarlo, lo que no fue posible al no haberse llegado hasta el día 18-08-2014 al conocimiento del diagnóstico cierto de la fractura”.

Sostiene que “el hecho de no haberse llegado en el Servicio de Urgencias a la determinación de la existencia de una fractura cervical el día 30-07-2014, conjuntamente con (...) haber permitido la evolución de la misma hacia un desplazamiento y a una posterior consolidación viciosa ante la omisión del tratamiento adecuado, se constituye en una actuación sanitaria que se aleja de una correcta *lex artis* de la que se ha derivado un daño para la paciente”.

Finalmente, efectúa una valoración del daño corporal de la paciente a la vista de su estado actual, que es el que se recoge en la reclamación.

El segundo es un informe psiquiátrico privado, de 15 de julio de 2016, en el que se indica que la paciente ya fue diagnosticada en el año 2003 de una depresión “reactiva a enfermedad y fallecimiento del esposo y la madre”, y que en la actualidad presenta un “síndrome ansioso depresivo con componentes fóbicos”. Señala que “la exploración y la documentación consultada son compatibles con un cuadro ansioso depresivo secundario o reactivo a las secuelas del accidente sufrido el 30-07-14. Dicho trastorno se ha ido

incrementando con el paso del tiempo y con la sensación de inutilidad, frustración, temor y vergüenza que la deformidad cervical le origina./ Ante esta situación reacciona con una conducta en parte de hostilidad y en parte de introversión, temor y aislamiento, encerrándose en su mundo./ Además presenta un miedo desproporcionado ante situaciones que normalmente no lo originan y que antes del accidente no existía”.

**5.** Atendiendo al requerimiento efectuado por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el 16 de noviembre de 2016 el Responsable del Área de Asuntos Jurídicos Generales de la Gerencia del Área Sanitaria IV le traslada el informe elaborado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital ..... con fecha 24 de octubre de 2016. En él señala que la paciente “acudió a nuestro Servicio el 30 de julio de 2014 a las 13:26 horas tras sufrir un `traumatismo en región dorsal y lumbar´; tras realizarle la historia clínica y teniendo en cuenta su patología osteoarticular de base, se solicitó una valoración radiológica mediante una tomografía axial computarizada de la columna vertebral en sus áreas cervical y dorsal. Efectivamente en el informe de la TAC no se ponía de manifiesto el hallazgo de patología osteoarticular aguda, por lo que las indicaciones de tratamiento en este cuadro clínico se centran en minimizar la sintomatología propia del traumatismo. En este sentido, se decidió que la paciente permaneciera ingresada en el Área de Observación del Servicio de Urgencias durante veinticuatro horas para iniciar tratamiento e intentar control sintomático. Según consta en su historia clínica, este control sintomático se consiguió `permanece en la Unidad de Observación con buena evolución clínica. Mejoría de la sintomatología. Correcta tolerancia por vía oral´./ La paciente fue dada de alta el día 31 de julio a las 12:49 horas con tratamiento analgésico”.

**6.** El día 28 de noviembre de 2016, el Responsable del Área de Asuntos Jurídicos Generales de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la perjudicada.

**7.** Mediante escrito de 2 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada una copia del expediente a la correduría de seguros.

**8.** Con fecha 24 de enero de 2017, y a instancias de la entidad aseguradora, emiten informe tres especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología. En él concluyen que la paciente, "de 69 años de edad en el momento de los hechos (...), y con antecedentes médicos de espondilitis anquilopoyética muy evolucionada y antecedentes quirúrgicos de herniorrafia inguinal y legrado uterino, es asistida en el Servicio de Urgencias (...) tras sufrir un traumatismo de alta energía con focalidad traumática en columna vertebral (...). Se realiza un correcto interrogatorio que recoge los antecedentes médicos de la paciente, completa exploración y estudio radiográfico de la columna vertebral y estudio mediante TAC de cráneo, columna cervical, columna dorsal y columna lumbar, siguiendo las recomendaciones diagnósticas en traumatismos vertebrales en pacientes portadores de una espondilitis anquilopoyética (...). Es evidente que se produce un error en la interpretación de (...) los estudios de imagen, ya que pasa inadvertida una lesión cervical a nivel C7 (...). Debemos recordar que la bibliografía sobre fracturas cervicales en presencia de espondilitis anquilopoyética recoge que este tipo de lesiones son de difícil diagnóstico por las alteraciones morfológicas que la enfermedad produce y que origina, según las series estudiadas, diagnósticos tardíos hasta en un 50 % de los casos (...). La dificultad diagnóstica queda corroborada por los diferentes estudios de imagen realizados a lo largo de todo el proceso por diferentes profesionales. En cada ocasión se describen lesiones diferentes (...) que a nuestro juicio no se corresponden con las realmente existentes (...). Tras la valoración de las imágenes del día del accidente (...), consideramos que (...) se trataba de una fractura del margen anterosuperior del cuerpo vertebral de C7, con afectación de las apófisis unciformes, sin que existieran fracturas de las apófisis articulares superiores (cigo-apofisarias) de C7 (...), fracturas de láminas y apófisis transversas (...), ni signos de espondilodiscitis (...). La escasa demora en el diagnóstico de la lesión es considerada (...) como irrelevante, tanto en la producción de secuelas como en un hipotético alargamiento del tiempo de

consolidación de la fractura. En el proceso de consolidación ósea, en la mayoría de las fracturas, 18 días de demora no impiden realizar un tratamiento de la lesión con las mismas garantías que un tratamiento inmediato, ni da lugar a secuelas o alteraciones de la consolidación ósea, por lo que consideramos que dicha demora no supuso pérdida de oportunidad alguna en el tratamiento de esta paciente (...). Sin embargo, consideramos factor fundamental en la producción de la deformidad y en el tiempo de consolidación el tratamiento empleado (...). Todos los autores consultados están de acuerdo en que en este tipo de fracturas el tratamiento ortopédico mediante cualquier tipo de contención externa (collarines, tracciones, halos, etc.) es incapaz de soportar las solicitaciones mecánicas producidas sobre el foco de fractura en presencia de una espondilitis anquilopoyética, ya que los fragmentos se encuentran sometidos a la concentración de todas las fuerzas que deberían disiparse a través de las articulaciones del resto de las vértebras fusionadas y, por lo tanto, anuladas por la enfermedad. Este hecho queda corroborado por la progresión de la deformidad tras realizar el tratamiento ortopédico elegido por la paciente, como queda demostrado en el estudio de imagen realizado en febrero de 2015 (...), que recoge el aumento del acúñamiento vertebral entre el estudio de agosto de 2015 (*sic*) y dicha fecha, periodo en el que (...) se mantuvo inmovilizada con una ortesis Philadelphia (...). Por las mismas consideraciones biomédicas, en toda la literatura queda recogido el aumento del tiempo de consolidación en las fracturas vertebrales en pacientes portadores de una espondilitis anquilopoyética tratados mediante medios conservadores. De hecho (en el centro privado se le) indica insistentemente el tratamiento quirúrgico de la lesión precisamente para evitar la deformidad y disminuir el tiempo de consolidación, indicación que la paciente rechaza sistemáticamente./ No obstante, consideramos inadecuado por excesivo el tiempo de estabilización de la lesión fijado en el informe pericial (emitido a instancias de la reclamante), pues el propio (doctor que la trató privadamente) establece una consolidación suficiente para prescindir de la inmovilización en febrero (*sic*) de 2015, aconsejando mantener el collarín exclusivamente en función de las características de la paciente y no del momento evolutivo de la lesión (...). Del mismo modo”, y respecto a “la secuela estética postural establecida (...) en



cuanto a la flexión del tronco de la paciente, debemos recordar que dichas alteraciones posturales (caderas y rodillas en flexión e hipercifosis dorsal) son inherentes a la espondilitis anquilopoyética, por lo que incluso está descrita en la literatura la llamada postura del esquiador, típica de los pacientes que sufren esta enfermedad (...). En cuanto a las secuelas psíquicas (...) etiquetadas como síndrome ansioso depresivo con componentes fóbicos, debemos destacar que, según el informe del psiquiatra (...), esta patología era previa al traumatismo, ya que la paciente había sido diagnosticada de depresión reactiva con motivo de sucesos familiares 10 años antes del evento traumático (...). Por tanto, consideramos que evidentemente se dio un error de interpretación en la valoración de las imágenes de los estudios realizados el día del accidente, pero que dicha circunstancia no tuvo influencia alguna en el tiempo de evolución de la lesión ni en el establecimiento de las secuelas descritas”.

**9.** Mediante oficio notificado a la interesada el 20 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Tras comparecer esta en las dependencias administrativas el 22 de febrero de 2017 y obtener una copia de la documentación incorporada al expediente, el día 13 de marzo de 2017 presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirma en todos los términos de su reclamación inicial.

En él cuestiona la afirmación que se hace en el informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital ....., conforme a la cual, y a pesar de que en el informe del TAC realizado a la paciente durante su ingreso “no se ponía de manifiesto el hallazgo de patología osteoarticular aguda”, y considerando que en estas circunstancias las indicaciones de tratamiento deberían ir dirigidas a “minimizar la sintomatología propia del tratamiento”, se había tomado la decisión de que “permaneciera ingresada en el Área de Observación de Urgencias durante 24 horas para iniciar tratamiento e intentar control sintomático”. Sostiene que esta aseveración “falta a la verdad”, pues, a la vista de la historia clínica, la paciente ingresa en el Servicio de Urgencias a las 13:28 horas del día 30 de julio de 2014 y a la 1:42 horas del 31 de julio de

2014 la decisión de darle el alta ya había sido tomada por parte de la facultativa correspondiente, que anota en aquella que “es alta por parte de Urgencias. Cuando se levanta para irse sale el familiar para decir que se tiene que quedar, que está mareada. Mg lo comenta con adjunto de Urgencias y queda en la (Unidad de Observación”. Por tanto, “no permanece en observación durante 24 horas como criterio médico recomendado, tal y como quiere dar a entender (...), permanece en observación a requerimiento de un familiar; por cierto, no consta durante ese tiempo de observación `extra´ ningún estudio complementario o nueva valoración de las pruebas que le fueron realizadas”.

A continuación muestra su desacuerdo con el informe médico pericial que emiten los especialistas a instancias de la compañía aseguradora. Señala que dicho informe, “en todo momento y desde su inicio, se centra en minimizar la lesión y se focaliza en la patología que presenta (la paciente) derivada de la enfermedad que padece (...). Reconoce que las pruebas que le son realizadas, concretamente el TAC del día 30 de julio en el Servicio de Urgencias del (Hospital .....), dan como resultado la existencia de una fractura en su zona cervical (...). Igualmente reconoce que el profesional que ha de informar sobre el diagnóstico resultante de ese TAC comete un grave error al no percatarse de la fractura cervical que presenta (la reclamante) en ese momento (...). Por lo tanto, reconoce un clarísimo error en el diagnóstico de la lesión que originó el ingreso (...) en el Servicio de Urgencias (...). Infravalora la importancia del pronto diagnóstico e inmediata intervención obviando que en el campo de la medicina en el diagnóstico precoz radica la posibilidad del establecer de forma inmediata el tratamiento adecuado, lo que sin lugar a dudas reportará al enfermo un mayor grado de recuperación funcional y clínico, así como una minimización de las secuelas (...). Asegura de forma gratuita que el tratamiento de curación pautado no es el adecuado, considerando que el más apropiado sería la intervención quirúrgica, enmascarando de esa forma el riesgo neurológico extremo que se produce ante cualquier tratamiento quirúrgico sobre la zona cervical. Lo cierto es que el tratamiento pautado entra dentro de los posibles a realizar ante este tipo de lesiones, y la prueba (...) es que se pudo estabilizar la lesión (...). Minusvalora la deformidad que el tardío diagnóstico le produce a (la paciente), claramente observable con la sola

visualización de las imágenes obtenidas el día de la lesión, 30 de julio de 2014, frente a la obtenida el 18 de agosto de 2014 que acompaña a este escrito. La tardía actuación sobre el traumatismo sufrido le ha producido una hiperflexión del cuello que le impide la adopción de la posición de erguida de la cabeza, limitándole el campo de visión (...). Trata de sembrar confusión en cuanto al tiempo de curación al referir que el 2 de febrero de 2015 (*sic*) el (doctor) señala que existen signos externos que permiten retirar inmovilización, que solo se mantiene por las características de la paciente. Aunque ello fuera así, que no lo es, como ya fue supra referido, está claro que cualquier tratamiento médico ha de adecuarse a las características que presente cada paciente, y si las características que presenta (la reclamante), dada la (espondilitis anquilosante) que padece, hace que su recuperación sea más lenta y necesitada de cuidados paliativos especiales en absoluto puede ser motivo penalizador, sino causa derivada de un imprudente error diagnóstico por un profesional (del) servicio del sistema de salud pública del Principado de Asturias (...). Minimiza la secuela psíquica (...) señalando que esta ya era previa al traumatismo que padeció; no dice la verdad, por cuanto los motivos que actualmente producen (...) un cuadro ansioso depresivo se producen como reacción a las secuelas del accidente producido el 30 de junio de 2014, trastorno que se ha ido incrementando con el paso del tiempo produciéndose sensación de inutilidad, frustración y vergüenza debido a la deformidad cervical originada; ante esta situación reacciona con una conducta de temor y aislamiento encerrándose en su mundo con un miedo desproporcionado que antes del accidente no existía”.

El 16 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia de las alegaciones formuladas a la compañía aseguradora.

**10.** Con fecha 10 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial e Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”; conclusión que se justifica tras reconocer que “está fuera de toda duda que la fractura de C7 pasó desapercibida en la TAC realizada el

30-07-2014”, razonando que “el TAC se realizó precisamente teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente (espondilitis anquilopoyética), ya que no en todos los casos de traumatismo cervical está indicada la realización de esta prueba de imagen./ Dicho retraso diagnóstico no influyó en el proceso de consolidación de la fractura ni en las secuelas, y sí influyó el tipo de tratamiento realizado (conservador frente al quirúrgico, ya que la paciente se opuso a realizar este último). Por otra parte, la patología psíquica es anterior al traumatismo (10 años antes había sido diagnosticada de depresión reactiva)”.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 20 de abril de 2017, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio

de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que “A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”.

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación presentada en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 21 de julio de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado la reclamación se presenta con fecha 21 de julio de 2016, y, si bien la asistencia prestada por los servicios públicos sanitarios que cuestiona la reclamante se remonta al 30 de julio de 2014 -día en el que en el Servicio de Urgencias del Hospital ..... pasó

inadvertida una fractura cervical que sería correctamente diagnosticada el 18 de agosto de 2014 cuando la interesada decidió consultar su patología en una clínica privada-, la documentación incorporada al expediente pone de manifiesto que, una vez alcanzado en el seno de la medicina privada el diagnóstico correcto, estos mismos servicios sanitarios privados le pautaron el tratamiento que consideraron oportuno, y que no dieron por estabilizado el proceso hasta el 21 de julio de 2015. En esas condiciones, y partiendo de esta última fecha, en la que puede fijarse el momento de curación o de estabilización de las secuelas, resulta claro que la reclamación fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que "Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** La reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios que considera derivados de la atención que le fue prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital ..... el día 30 de julio de 2014, al que había sido trasladada tras sufrir una caída en su domicilio. Reprocha al servicio público sanitario que un TAC que le fue realizado ese día no informara acerca de la fractura cervical que presentaba, y que le sería finalmente diagnosticada el 18 de agosto siguiente en una clínica privada. Solicita ser indemnizada por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de este error diagnóstico, lo que conllevó -en su opinión- un retraso en el tratamiento generando, a su vez, un alargamiento innecesario de la recuperación y un agravamiento de las secuelas, a las que por lo demás asocia un considerable daño moral.

Por su parte, la Administración sanitaria reclamada reconoce en la propuesta de resolución que somete a nuestra consideración que “está fuera de toda duda que la fractura de C7 pasó desapercibida en la TAC realizada el 30-07-2014”, aunque propone desestimar la reclamación con el principal argumento de que este error “no influyó en el proceso de consolidación de la fractura ni en las secuelas, y sí influyó el tipo de tratamiento realizado (conservador frente al quirúrgico, ya que la paciente se opuso a realizar este último)”.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, y a la vista de la documentación incorporada al expediente, resulta acreditada la realidad del daño alegado, así como que la interesada sufrió como consecuencia de una caída una fractura vertebral que no fue adecuadamente diagnosticada en el Servicio de Urgencias al que acudió el día 30 de julio de 2014.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la



curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la

debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

La Administración reclamada ha reconocido que en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante se produjo un error diagnóstico y cabe cuestionarse, en consecuencia, si pudo causar un retraso en el tiempo necesario para la curación o estabilización de la lesión que presentaba. A los expresados efectos, el informe pericial incorporado al expediente por la interesada, elaborado a su instancia por un especialista en Medicina Legal y Forense, afirma de manera rotunda que “el hecho de no haberse llegado en el Servicio de Urgencias a la determinación de la existencia de una fractura cervical el día 30-07-2014, conjuntamente con (...) haber permitido la evolución de la misma hacia un desplazamiento y a una posterior consolidación viciosa ante la omisión del tratamiento adecuado, se constituye en una actuación sanitaria que se aleja de una correcta *lex artis*”.

Por su parte, la Administración sanitaria reclamada, que en todo momento ha admitido el error en la interpretación de la prueba de imagen que le fue realizada a la perjudicada durante su ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital ..... el día 30 de julio de 2014, lo que llevó a que la fractura cervical que presentaba pasara desapercibida en ese momento, justifica este error en la dificultad que supone alcanzar un diagnóstico exacto en casos de pacientes diagnosticados previamente de espondilitis anquilosante, toda vez que, tal y como se afirma en el informe médico emitido a instancias de la compañía aseguradora, “hasta en un 50% de los casos este tipo de fracturas sin compromiso neurológico” se diagnostican “tardíamente”, lo que desgraciadamente aconteció en el asunto analizado.

Pues bien, aun admitiendo la dificultad objetiva de llegar a un diagnóstico correcto como consecuencia de la circunstancia reseñada en el supuesto que nos ocupa, lo que permitiría justificar que la fractura pasara desapercibida el 30 de julio de 2014, las consideraciones médicas, tanto las genéricas como las particulares del caso, que se recogen en el informe pericial emitido por los especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología, nos llevan a concluir que, más allá de este concreto dato del reconocido error diagnóstico, la asistencia que le fue prestada a la reclamante por parte del servicio público

sanitario en el periodo comprendido entre el 30 de julio y el 4 de agosto de 2014 no se ajustó a las exigencias derivadas de la patología previa que presentaba, y que eran sobradamente conocidas por los profesionales intervinientes.

En este sentido, en el informe médico emitido a instancias de la compañía aseguradora, en el apartado titulado "espondilitis anquilosante y fracturas vertebrales", se afirma que "la columna anquilosada es muy susceptible a las fracturas (...). La incidencia de fractura vertebral en pacientes con (espondilitis anquilosante) es cuatro veces mayor que en la población general. Las fracturas suelen ser provocadas por un traumatismo menor (...). Sobre esta base, recomiendan sospechar una fractura cuando se presenta un dolor espinal localizado, incluso después de un traumatismo de mínima energía". Pues bien, conviene recordar que en el supuesto que nos ocupa, como se señala en este mismo informe al analizar las consideraciones médicas particulares, la paciente acudió a Urgencias tras sufrir "un traumatismo de alta energía (caída por escaleras)".

En estas condiciones, todo apunta a que la decisión de darle el alta con un diagnóstico principal de "policontusa" para el que le fue pautado -como ella misma indica- "un simple tratamiento antiinflamatorio y contra el dolor", con la única recomendación que obra en la historia clínica de "control por su médico. Si empeoramiento o nueva sintomatología acudir de nuevo a Urgencias. No realizar esfuerzos físicos", no parece adecuarse a las exigencias derivadas de la patología previa que presentaba. Decisión que, como se subraya en el escrito de alegaciones, ya estaba tomada, y así se comprueba en la historia clínica, transcurridas doce horas del ingreso -la paciente ingresó en Urgencias a las 13:28 horas del día 30 de julio y a la 1:42 horas del día 31 julio se anota "es alta por parte de Urgencias"-, si bien, como también se recoge allí, en ese momento "cuando se levanta para irse sale el familiar para decir que se tiene que quedar, que está mareada. Mg lo comenta con adjunto de Urgencias y queda en la (Unidad de Observación)", lo que hace que el alta efectiva no se produjera hasta las 12:49 horas del día 31 de julio, pero, como pone de manifiesto el letrado de la reclamante, "no consta durante ese tiempo de

observación `extra´ ningún estudio complementario o nueva valoración de las pruebas que le fueron realizadas”.

La asistencia prestada a la reclamante por parte del servicio público sanitario se completó el día 4 de agosto, cuando es vista, tras el alta y ya en su domicilio, por su médico de Atención Primaria. En el informe correspondiente se indica que es “conocida de este centro de salud que presenta como enf. principal E. anquilopoyética”, y tras referir la caída sufrida se consigna que “tiene informe adjunto” correspondiente a la valoración que se le había hecho en Urgencias de la misma, señalando más adelante que “al alta está incapacitada y encamada con analgesia y limitación importante de la movilidad. Secundariamente a su dolor cervical ha desarrollado clínica vertiginosa”.

Con posterioridad a esta fecha, la falta de mejoría hizo que la paciente acudiera a consultar su enfermedad en el ámbito de la medicina privada, donde el 18 de agosto se le diagnosticó acertadamente la fractura que había pasado desapercibida para el sistema sanitario público.

Tal y como se desarrolló la asistencia recibida a lo largo del episodio descrito en el ámbito del servicio público sanitario, consideramos que, aun haciendo abstracción en este momento del error diagnóstico reconocido por la propia Administración dadas las dificultades objetivas que concurrían para obtener un resultado acertado, el conjunto de la asistencia prestada a la paciente no agotó todas las exigencias que las consideraciones médicas del caso imponían, que venían derivadas de su patología previa, conocida sobradamente por los distintos profesionales que tomaron contacto con ella, y que debían haberse dirigido de manera fundamental a despejar cualquier sospecha de fractura que -como ya hemos indicado- acompaña incluso a los traumatismo leves sufridos por pacientes aquejados de espondilitis anquilosante. No habiendo sido detectada esa fractura durante su ingreso en el Servicio de Urgencias por un error en la interpretación de la prueba de imagen realizada en aquel momento, estimamos que cuando la enferma fue vista en su domicilio los antecedentes del caso imponían “acudir de nuevo” al referido Servicio, tal y como se le había recomendado en el informe de alta, pues había un empeoramiento o una nueva sintomatología -“secundariamente a su dolor cervical ha desarrollado clínica vertiginosa”-.

Dado que no se actuó de esa forma, estimamos que la asistencia prestada a la reclamante por el servicio público sanitario en el periodo comprendido entre el 30 de julio y el 4 de agosto de 2014, al no haberse diagnosticado la fractura cervical en el Servicio de Urgencias del Hospital ....., ha de ser calificada como contraria a la *lex artis ad hoc*, y a la misma ha de asociarse por imperativo lógico una pérdida de oportunidad terapéutica derivada de la falta de instauración en aquel momento del tratamiento adecuado, lo que supone la concreción de un daño que la interesada que no estaba obligada a soportar y que reúne las condiciones de indemnizable, por lo que reclamación de responsabilidad patrimonial formulada debe prosperar.

**SÉPTIMA.-** Procede, en consecuencia, pronunciarse sobre la cuantía indemnizatoria.

La interesada vincula al retraso en el diagnóstico del daño sufrido tras caer en su domicilio su estado actual, que define como de "mejoría clínica con desaparición del cuadro doloroso, pudiendo deambular con ayuda y presentando deformidad en flexión cervical y caderas en flexo (esta secundaria a su patología reumática previa) (...). Precisa ayuda para la vida diaria". Solicita por ello una indemnización de 88.375,14 €, entendiendo que la lesión tardó en consolidar 50 días impeditivos y 306 no impeditivos, y que el estado final de la misma entraña 17 puntos de perjuicio funcional -10 por "fractura acuñaamiento anterior" y 7 por "trastorno depresivo reactivo"- y 3 puntos de perjuicio estético, aplicándose a todo ello un factor de corrección del 10 %, así como un "daño moral" que asocia al "grave empeoramiento en su calidad de vida diaria".

Por su parte, la Administración sanitaria, dado el sentido desestimatorio de su propuesta de resolución, no ha procedido a valorar los daños alegados.

Los informes que obran en el expediente, de forma singular los que la propia reclamante aporta como pericias técnicas, acreditan la existencia de unas patologías previas -en concreto, espondilitis anquilopoyética y depresión reactiva diagnosticada ya en 2003- que, sin duda, están en el origen, siquiera parcial, de los daños alegados.

Por otra parte, no es posible deducir de modo categórico de todos los informes examinados un nexo causal único e inequívoco del daño final alegado

con las insuficiencias de la asistencia prestada entre el 30 de julio y el 4 de agosto de 2014, ni con el retraso de 18 días en el diagnóstico de la fractura cervical que padecía la paciente cuando fue examinada por el servicio público sanitario recurriendo a pruebas de alta precisión.

En efecto, el informe del especialista en Medicina Legal y Forense que aporta la reclamante sostiene que la evolución de su patología traumática “no se hubiera producido si desde un principio se hubieran tomado medidas pertinentes para evitarla”; circunstancia que atribuye en exclusiva al desconocimiento hasta el 18 de agosto siguiente de la fractura padecida el día 30 de julio de 2014. Por el contrario, los especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología entienden, en primer lugar, tras valorar las imágenes del día del accidente, que el diagnóstico del traumatismo de alta energía en la columna vertebral padecido por una paciente de “69 años de edad en el momento de los hechos (...), y con antecedentes médicos de espondilitis anquilopoyética muy evolucionada”, no coincide con exactitud con la descrita el 18 de agosto por el facultativo que la atendió en una clínica privada. Sostienen, en segundo lugar, que la demora en el diagnóstico de la lesión es “irrelevante, tanto en la producción de secuelas como en un hipotético alargamiento del tiempo de consolidación de la fractura”. Finalmente, consideran como “factor fundamental en la producción de la deformidad y en el tiempo de consolidación el tratamiento empleado”; es decir, el tratamiento ortopédico y no quirúrgico de la fractura, pues la cirugía era viable, se le ofreció “insistentemente” en el curso del tratamiento y la paciente la “rechaza sistemáticamente”. Es más, los especialistas recuerdan en su informe que “la flexión del tronco de la paciente”, las “alteraciones posturales (caderas y rodillas en flexión e hipercifosis dorsal) son inherentes a la espondilitis anquilopoyética, por lo que incluso está descrita en la literatura la llamada postura del esquiador, típica de los pacientes que sufren esta enfermedad”.

Aunque sea *a posteriori*, es obvio que los informes que obran en el expediente reflejan una controversia acerca del tratamiento idóneo para una fractura como la que padecía una persona con los antecedentes patológicos de la reclamante, y que el disenso alcanza incluso al momento en que resulta posible intervenirla quirúrgicamente iniciado ya el proceso de consolidación.

Pero también es cierto que, aun teniendo presente que la paciente no recurrió a los servicios públicos sanitarios a partir del día 4 de agosto, la mala orientación inicial del diagnóstico en el Servicio de Urgencias y su persistencia en el centro de salud disminuyó las posibilidades de abordar más temprana y certeramente el tratamiento, aun cuando este, dados sus antecedentes, fuera controvertido e inciertos sus resultados. Valorar una pérdida de oportunidad de esta naturaleza reviste especial dificultad, pero, ponderados todos los factores concurrentes, entendemos que procede reconocer a la interesada una indemnización, por todos los conceptos, de doce mil euros (12.000 €).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada por ....., indemnizarla en la cuantía de doce mil (12.000) euros.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.