

Expediente Núm. 289/2017
Dictamen Núm. 322/2017

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 ordinaria por procedimiento escrito del día 28 de diciembre de 2017, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 de octubre de 2017 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su padre, que achacan al deficiente tratamiento de las fracturas cervicales que presentaba por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 12 de enero de 2017, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su padre, que imputan a una deficiente atención por parte del servicio público sanitario.

Refieren que su familiar es atendido en Urgencias de Traumatología del Hospital el día 18 de diciembre de 2015, al que fue remitido por su médico de Atención Primaria para valoración. Señalan que, según consta en el correspondiente informe, había sufrido una caída el día anterior en su domicilio

y presentaba "impotencia funcional de MSI, contractura intensa de musculatura cervical y trapecio izquierdo que ocasiona rigidez cervical". En el hospital se le realiza un TAC y se le diagnostica una "fractura de pedículo izquierdo de C4; fractura de cuerpo de C5", quedando ingresado en el Servicio de Traumatología.

Significan que "no existe documentación en la que se describa la manera en que fueron inmovilizadas las fracturas descritas, pero se sabe que le fue colocado al paciente un collarín cervical que, por causa de su tamaño, tuvo que ser fijado con tiras de esparadrapo".

Indican que, a tenor del informe del Servicio de Medicina Intensiva de 18 de enero de 2016, "en la noche del día 19 al 20 comienza con delirio (...), mal manejo de secreciones y desaturación, por lo que es valorado por Medicina Interna, que objetiva parálisis facial izquierda y limitación para la mirada a la izquierda y parálisis de MID, por lo que sospechan cuadro neurológico y consultan a Neurología, que recomienda hacer TAC craneal para descartar cuadro neurológico./ Estando en la sala de rayos el paciente presenta parada cardiorrespiratoria presenciada de duración aproximada de 4-5 min., con salida de la misma tras RCP básica./ A nuestra llegada el paciente se encuentra en coma GCS 3 (...). En esta situación se realiza TAC cráneo-cervical que se compara con el previo del 18-12-2015. Persiste la fractura del cuerpo vertebral C5 y del pedículo izquierdo ya descritas en el estudio previo, sin objetivar mayor desplazamiento de los fragmentos ni otros cambios significativos". Ponen de relieve que en el mismo informe se consigna que "tras su ingreso en UCI, desde el punto de vista neurológico, el paciente recuperó totalmente el nivel de conciencia con GCS de 15 puntos, precisando de forma regular ansiolíticos por el proceso que está pasando que le causaba ansiedad./ A la exploración sensitivo motriz destaca práctica tetraplejia, movilizandole solo brazo superior (no contra gravedad o contra resistencia) y un nivel sensitivo variable los primeros días, que queda después en cintura pelviana". El día 28 de diciembre de 2015 se somete a una intervención quirúrgica para la reducción de la "fractura luxación (básicamente cuerpo C5) cervical", constatándose en los días posteriores un "empeoramiento de la

exploración posquirúrgica” y “no movilidad EESS ni sensibilidad a nivel distal”, falleciendo el día 13 de enero de 2016.

Afirman que “el paciente acude al hospital con un cuadro traumatológico con afectación neurológica tras haber sufrido una caída (...). Una vez en el hospital le son diagnosticadas fracturas vertebrales cervicales subsidiarias de intervención quirúrgica (...). En vez de procederse a la actuación quirúrgica de inmediato se adopta una actitud de pasividad, a pesar del riesgo de afectación medular derivado de las fracturas que presentaba (...). No se especifican las medidas adoptadas para la necesaria inmovilización del paciente, que además no fueron las adecuadas (...). El hecho de que se haya objetivado en el TAC realizado el día 20-12-2015, es decir, con posterioridad al proceso de agitación que sufrió (...) en la noche del día 19 al 20 una fractura a nivel de la apófisis espinosa de C4 que no se describe en el TAC de fecha 18-12-2015 pone de manifiesto que el mecanismo de inmovilización utilizado no fue suficiente ni eficaz, lo que ha posibilitado, así mismo, el que se hayan producido otros daños a nivel cervical, como es el caso de la médula (...). Tal como se especifica en el informe de Medicina Intensiva, con los estudios realizados el día 20-12-2015 no podía descartarse la existencia de daños del tipo de compresión/afectación medular (...). La parada cardiorrespiratoria sufrida (...), según el Servicio de Medicina Intensiva, ha tenido su origen en un posible daño medular, al tratarse de un paciente con traumatismo antiguo cervical, hiperostosis difusa y caída actual con fractura cervical actual (cuerpo de C5 y pedículo izdo. y apófisis espinosa de C4) (...). Durante su estancia en la UCI (...) experimentó una total recuperación de la patología neurológica central, mientras que, por el contrario, han persistido las manifestaciones patológicas compatibles con un daño neurológico a nivel medular materializadas en una tetraplejía (...). La actuación quirúrgica realizada el día 28-12-2015 no solamente no ha sido efectiva para la recuperación neurológica, sino que la evolución posquirúrgica ha sido hacia el agravamiento (...). Los diagnósticos especificados en el informe incluyen una mielopatía con compresión y distorsión en C4-C5 secundario a material herniario (que el paciente no presentaba antes de su ingreso en el hospital), tetraplejía

secundaria, parada cardíaca secundaria a parada respiratoria, traqueobronquitis e insuficiencia respiratoria global”.

Sostienen que “el tratamiento quirúrgico que precisaba (...) cuando fue ingresado en el hospital no ha sido aplicado en su momento, constituyéndose esta actuación en una situación de riesgo grave para el paciente, lo que se constituye en una actuación que se aleja de una correcta *lex artis* (...). Además de no haberse aplicado el tratamiento en la fase aguda, las medidas adoptadas para evitar daños mayores no fueron suficientes para la inmovilización, permitiendo la instauración de un daño medular; actuación que, igualmente, se aleja de una correcta *lex artis* (...). Las actuaciones descritas se constituyen en una pérdida de oportunidades de curación para el paciente, ya que lo esperable de haber actuado correctamente habría sido la recuperación, con o sin secuelas, y no la evolución a una situación irreversible”.

Solicitan una indemnización de trescientos mil euros (300.000 €), a razón de cien mil euros (100.000 €) para cada uno de los reclamantes.

2. Mediante oficio de 1 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a los interesados 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 3 de febrero de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V un informe del servicio interviniente (Traumatología) en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica del paciente.

4. Mediante oficio de 7 de marzo de 2017, el Gerente del Área Sanitaria V envía al Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante una copia de la historia clínica del perjudicado, junto con el informe librado el día 1 del mismo mes por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital En él se concluye que “este tipo de fracturas nunca se operan de inmediato. Solo

en el supuesto de luxaciones cervicales, y no era el caso. El tipo de fractura demostrada en TC precisa inmovilización con collar cervical (...). Una fractura de la espinal de C4 no precisa ninguna inmovilización especial y no añade gravedad a sus fracturas (...). La presencia de patología previa en columna (severa hiperostosis ya visible en Rx del 2012) y edad avanzada añade gravedad a cualquier traumatismo, y el proceso de agitación y posterior parada cardiorrespiratoria durante la realización del TC determinó su empeoramiento sistémico y neurológico (...). Su tetraplejia está documentada el día previo a la cirugía (...). En el posoperatorio el paciente persistió tetrapléjico, si bien empeoró el nivel sensitivo (...). En circunstancias el edema medular es constante desde el día del traumatismo. Este edema nunca se puede resolver en quirófano, al ser reactivo al trauma. Se trata de manera internacional con Dexametasona y esta medicación fue aplicada. En este caso sin éxito”.

5. Con fecha 5 de junio de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe tres especialistas en Neurocirugía. En él explican que “el tratamiento de las fracturas vertebrales cervicales puede ser conservador (inmovilización con algún tipo de ortesis-collarín, existen diferentes tipos en el mercado) o quirúrgico, en función de la estabilidad o inestabilidad vertebral sospechada o confirmada (...). Las fracturas inestables son las que suponen un riesgo alto de lesión neurológica o progresión de esta cuando existe, por lo que deben ser estabilizadas mediante tratamiento quirúrgico./ Existen diferentes técnicas quirúrgicas y abordajes (...) que permiten restaurar la alineación vertebral, descomprimir los elementos neurales y asegurar una correcta estabilización de la columna para evitar lesiones secundarias y permitir un buen tratamiento de rehabilitación y/o adaptación del paciente (...). Numerosos aspectos del tratamiento quirúrgico de las lesiones raquimedulares aún son motivo de debate. En las revisiones más recientes se concluye que los datos existentes son insuficientes para elaborar guías de tratamiento específicas en el manejo quirúrgico de estos pacientes./ En los casos con compresión medular y situación neurológica estable la intervención quirúrgica precoz (primeras 24 horas) no ha demostrado mejorar la evolución

neurológica cuando se compara con el tratamiento demorado. Aunque no se tienen datos definitivos, la descompresión urgente estaría solo indicada en casos de déficit neurológico incompleto con deterioro progresivo y rápido./ El caso que nos ocupa no presenta un déficit neurológico progresivo cuando se diagnostica la fractura cervical ni existe luxación irreductible, por lo que no está indicada la cirugía urgente, como se alega en el documento de reclamación./ Por el tipo de lesión sufrida y la situación clínica del paciente tampoco está indicada la colocación de una tracción cervical (...). Por lo tanto, la inmovilización cervical que se coloca al paciente mediante un collarín rígido es correcta, en espera de la evolución clínica (...) y de realizar los estudios complementarios oportunos. No es esta una actitud `de pasividad`, sino la correcta. Toda fractura cervical puede ocasionar potencialmente un daño medular y, en cambio, un escaso porcentaje de casos precisa ser intervenido quirúrgicamente con carácter urgente./ La fractura de la apófisis espinosa de C4 descrita en la TAC del 20-12-2015, pero no en el estudio del 18-12-2015, no es una lesión producida durante el ingreso del paciente por inmovilización inadecuada, como se lee en la reclamación. Dicha fractura se produce en el momento de la caída (...). Este tipo de fractura con frecuencia no se visualiza en los estudios radiológicos iniciales si no existe desplazamiento del fragmento fracturado; posteriormente, por tracción tendinosa o tensión muscular, el fragmento distal puede desplazarse y visualizarse entonces en los estudios. No obstante, se trata de una fractura sin repercusión clínica ni pronóstica, no precisa ningún tratamiento específico y, por tanto, no añade gravedad al caso ni supone riesgo de lesión neurológica (no implica a ninguna estructura neural)./ El cuadro de agitación y confusión que sufre el paciente en la noche del 19 al 20-12-2015 es un cuadro clínico altamente prevalente en pacientes de edad avanzada que ingresan en un hospital, cualquiera que sea la causa, cuyo tratamiento es farmacológico, asociado o no a medidas de contención mecánica, si son necesarias, para evitar daños secundarios. No tiene relación con el diagnóstico de fractura cervical y es adecuadamente tratado en este caso./ El edema medular postraumático que supuestamente causa la parada cardiorrespiratoria es secundario al daño medular que se produce en el momento del impacto. Un grupo de pacientes con traumatismo cervical se

presenta con déficit neurológico inicial por daño medular debido al impacto de fragmentos óseos o a un mecanismo de luxación. Otro grupo de pacientes no presenta síntomas neurológicos al inicio y los manifiesta en fase subaguda, cuando se instaura el mecanismo inflamatorio medular secundario al traumatismo (edema medular), como ocurre en este caso; un procedimiento quirúrgico no evita su desarrollo, más aún, puede agravarlo por la agresión que supone la manipulación quirúrgica del tejido medular. Se trata de un edema medular que evoluciona de forma muy rápida hasta la parada cardiorrespiratoria, por progresión ascendente y con una situación de tetraplejía como manifestación clínica./ Una vez que se instaura una tetraplejía en un paciente las posibilidades de recuperación son mínimas; más aún si se trata de un paciente mayor, dado que el tejido medular es altamente elocuente y con pocas posibilidades de regeneración. Cualquier procedimiento quirúrgico a realizar tiene el objetivo de estabilizar la columna para permitir la movilización y rehabilitación del paciente en un intento de mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones médicas secundarias al reposo y encamamiento, con riesgo siempre existente de empeoramiento neurológico debido a la manipulación quirúrgica de un tejido comprometido y dañado./ De ahí que la cirugía que se lleva a cabo el 28-12-2015 no resulta efectiva para la mejoría clínica del paciente./ Después de lo explicado consideramos que el paciente de este caso es diagnosticado, manejado y tratado de forma correcta, de acuerdo a la literatura traumatológica y neuroquirúrgica existente y a la *lex artis*./ La cirugía urgente no está indicada, y en caso de haberla llevado a cabo no podemos afirmar que habría evitado el desarrollo del edema medular progresivo y sus consecuencias; se establece a nivel C4-C5, donde existe una estenosis severa del canal medular de origen degenerativo (artrósico), sin participar la fractura del cuerpo vertebral de C5 (como se informa en la RM cervical)".

6. Mediante escrito notificado a los interesados el 27 de junio de 2017, la Coordinadora de Auditorías Asistenciales y Docentes les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

7. El día 29 de junio de 2017, una de las interesadas comparece en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran hasta ese momento.

8. Con fecha 14 de julio de 2017, los reclamantes presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que afirman que la inmovilización del paciente “no fue adecuada, entre otros motivos, porque no se utilizó un collarín rígido”, sino uno “blando, de espuma, que además le quedaba pequeño”. Consideran “significativo” al respecto que el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología “no haya especificado en su informe qué tipo de collarín se usó, precisamente porque sabe que se usó uno, absolutamente, inapropiado”, y señalan que “si no se realiza una inmovilización efectiva ante una fractura de este tipo se corre el riesgo de que se produzca un daño, tal y como es evidente que sucedió en el caso”.

Por otro lado, ponen de manifiesto la “incoherencia” en que a su juicio incurre el informe médico librado a instancias de la compañía aseguradora, en el que se afirma al mismo tiempo que “no está indicada una intervención quirúrgica urgente por las características de la fractura ni por la situación clínica del paciente”, y que el cuadro que presentaba era “de pronóstico muy grave”. Subrayan que “si el cuadro de pronóstico era muy grave, entonces se nos está reconociendo que debería haberse operado de inmediato”.

Adjuntan tres fotografías de una habitación de hospital en las que se aprecia a un paciente con collarín blando.

9. El día 25 de septiembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas propone desestimar la reclamación, al considerar que “la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. La intervención urgente no estaba indicada (no existía luxación cervical). El edema medular no es producido por un inadecuado manejo del paciente, sino por el propio traumatismo, unido a la estenosis del canal

medular debido a la artrosis cervical. La inmovilización cervical fue correcta, ya que no se produjeron desplazamientos en la fractura”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de octubre 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los hijos del fallecido activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Ahora bien, el vínculo familiar que los interesados afirman tener con el paciente fallecido no ha resultado acreditado en ningún momento. Pese a ello, la Administración ha tramitado el procedimiento sin poner objeción alguna a la mentada carencia. Ante esta ausencia de prueba, entendemos que si en el pronunciamiento que finalmente se dicte se apreciara la concurrencia de los

requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique aquella circunstancia.

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 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá 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 12 de enero de 2017, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 13 de enero de 2016, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que en la fecha de entrada del expediente en este Consejo se había rebasado ya el de seis meses establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 de dicha Ley 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.- Los interesados solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de un familiar que atribuyen al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

Acreditado el óbito, cabe presumir que sus hijos han sufrido un daño moral cierto.

Ahora bien, la existencia 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, pues ha de probarse que aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

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 los reclamantes 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.

También hemos de advertir que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Afirman los interesados que la decisión de no someter a su familiar a tratamiento quirúrgico “de inmediato” lo situó en una “situación de riesgo grave” que a la postre se materializaría en la “instauración de un daño medular”. Entienden asimismo que la determinación de inmovilizar la columna cervical del paciente mediante un collarín blando fue inadecuada, al no haber impedido que las lesiones que presentaba a su llegada al hospital se agravasen, y que si se hubiera actuado de otro modo se habría evitado el fallecimiento. Sin embargo, no han acreditado sus imputaciones. Las fotografías que adjuntan al escrito de reclamación a modo de prueba advenirían a lo sumo un hecho, que se trató al paciente con collarín blando, pero en ningún caso acreditan que la decisión de aplicar este tratamiento fuera incorrecta. A falta de otras pruebas propuestas por los reclamantes, nuestro enjuiciamiento acerca de la regularidad del quehacer médico ha de basarse en el análisis de las anotaciones que figuran en la historia clínica y la consideración de los criterios técnicos contenidos en los informes obrantes en el expediente, todos los cuales proceden de la Administración y de su compañía aseguradora.

Los informes médicos emitidos durante la instrucción del procedimiento vienen a desdecir, apoyándose en la documentación obrante en la historia clínica, todas las imputaciones de mala praxis efectuadas por los perjudicados.

Explica el Jefe del Servicio responsable en el informe emitido durante la tramitación del procedimiento que la cirugía urgente de las fracturas cervicales solo está indicada “en el supuesto de luxaciones”, y afirma seguidamente que ese “no era el caso” del paciente. En este punto advertimos que del contraste entre la última de las aseveraciones citadas y los documentos obrantes en la historia clínica del enfermo resulta una aparente contradicción en lo relativo a la identidad de la lesión, que se describe en el informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva de 13 de enero de 2016 como “fractura luxación” cervical,

y en la hoja de notas de progreso de la historia clínica (folio 30) como "subluxación C4-C5". Ahora bien, si nos atenemos a lo señalado en el informe médico librado a instancias de la compañía aseguradora la discrepancia que acabamos de mencionar no tendría una incidencia capital a la hora de decidir si se actuó o no en buena praxis, pues la indicación vendría determinada por "la estabilidad o inestabilidad vertebral sospechada o confirmada", de modo que las fracturas que han de operarse de forma urgente son únicamente las inestables; es decir, "las que suponen un riesgo alto de lesión neurológica o progresión de esta". La indicación viene determinada por la presentación en el paciente de ciertos signos clínicos -concretamente, "déficit neurológico incompleto con deterioro progresivo y rápido"-, lo que les lleva a concluir que en el caso de que se trata, en el que el enfermo "no presenta un déficit neurológico progresivo cuando se diagnostica la fractura cervical ni existe luxación irreductible", los facultativos responsables obraron correctamente al adoptar de inicio una actitud conservadora.

Por otra parte, como refieren todos los facultativos que informan durante la instrucción del procedimiento, el edema medular que acabaría causando la muerte del paciente no se debió a una supuesta demora en la práctica de la cirugía, como pretenden sus hijos, toda vez que dicho fenómeno es secundario al traumatismo producido en la caída y su progresión no puede evitarse ni resolverse mediante tratamiento quirúrgico. Esta última consideración se tuvo en cuenta al pautar la práctica de la cirugía, ya que consta en el informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva que "por parte de Traumatología se indica intervención quirúrgica estabilizadora de la columna cervical de la que, si bien no se espera recuperación neurológica, está indicada en su caso". Según explican los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora, el propósito de la intervención fue el de "estabilizar la columna para permitir la movilización y rehabilitación del paciente en un intento de mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones médicas secundarias al reposo y encamamiento".

A falta de prueba, tampoco resulta de los documentos e informes obrantes en el expediente que la ortesis aplicada en el tratamiento conservador previo a la cirugía (collarín blando) fuese ineficaz, ni que su

empleo haya contribuido a agravar el daño, tal y como indican los interesados. En primer lugar, de lo actuado no cabe colegir que deba utilizarse un collarín rígido y no uno blando para asegurar la inmovilización en estos casos, según afirman los reclamantes; máxime cuando en el informe emitido a instancias de la aseguradora no se excluye con carácter general ningún tipo de medio al referir que “el tratamiento de las fracturas vertebrales cervicales puede ser conservador (inmovilización con algún tipo de ortesis-collarín, existen diferentes tipos en el mercado)”. En segundo lugar, tampoco consta que el estado de agitación que generó en el paciente el episodio de delirio sufrido en la noche del 19 al 20 de diciembre haya causado nuevas lesiones, como sostienen. Es cierto, como destacan los perjudicados en su escrito inicial, que en el TAC realizado el día 20 se apreció una fractura de apófisis espinosa en C4 que no se había evidenciado en el estudio previo. Ahora bien, puesto que según señalan los especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología este tipo de fractura “con frecuencia no se visualiza en los estudios radiológicos iniciales si no existe desplazamiento del fragmento fracturado”, lo que puede producirse “posteriormente, por tracción tendinosa o tensión muscular”, resulta razonable suponer que dicha lesión se originó en el mismo momento que las inicialmente evidenciadas; máxime cuando, según resulta del informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva anteriormente citado, a la comparación de los resultados del TAC realizado tras la crisis y el efectuado al ingreso no se objetiva “mayor desplazamiento de los fragmentos ni otros cambios significativos” en las lesiones ya conocidas. Sea como fuere, a tenor del informe de los especialistas, la fractura de la apófisis espinosa no tiene “repercusión clínica ni pronóstica, no precisa de ningún tratamiento específico y (...) no añade gravedad al caso ni supone riesgo de lesión neurológica (no implica a ninguna estructura neural)”.

En suma, el fallecimiento del paciente se produce a consecuencia de la progresión del edema medular secundario al traumatismo sufrido, la cual no pudo evitarse a pesar de haberse “diagnosticado, manejado y tratado de forma correcta”, según se explicita en el informe médico librado a instancias de la compañía aseguradora, y puesto que no ha quedado probado el funcionamiento anormal que los interesados reprochan al servicio público

sanitario, la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada ha de ser desestimada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL ADJUNTO,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,