

Dictamen n^o: **354/13**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **04.09.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 4 de septiembre de 2013, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1, de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por M.E.F.J., por los daños y perjuicios causados por la defectuosa asistencia sanitaria prestada por el Hospital Sureste de Madrid.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 9 de julio de 2013, con registro de entrada en este órgano el día 11 de julio siguiente, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, en virtud de reparto de asuntos, a la Sección IV, presidida por la Excm. Sra. Dña. Cristina Alberdi Alonso, quien firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 4 de septiembre de 2013.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo es acompañado de documentación que en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, se considera suficiente.

SEGUNDO.- Por escrito presentado en el registro del Hospital del Sureste el día 9 de abril 2012 dirigido al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), la interesada anteriormente citada formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la, a su juicio, deficiente asistencia sanitaria prestada por el Hospital del Sureste. Según refiere la reclamante, *“el día 23 de febrero de 2012 acudió a Urgencias acompañada por la Policía Local, tras haber sufrido una agresión por violencia de género por parte de su marido y la hija de éste, con traumatismo facial, nasal, contusión torácica y tirón del cuero cabelludo. La Doctora que le atendió se limitó a efectuar una radiografía de tórax, a pesar de que ella se quejaba de que le dolía mucho la nariz. Veintidós días después, acudió al Servicio de Otorrinolaringología, derivada por su médico de familia donde, tras la exploración se le diagnosticó desviación septal izquierda, laterorrinia discreta derecha con leve hundimiento del fragmento distal izquierdo del hueso propio nasal y desplazamiento lateral derecho, con fractura nasal consolidada”* (folio 1 y 2 del expediente administrativo).

La interesada no cuantifica inicialmente el importe de su reclamación y adjunta con su escrito, copia de los informes emitidos por el Servicio de Urgencias del Hospital Sureste, del Centro de Salud Arganda y de consulta externas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital del Sureste, el día 23 de febrero de 2012, (folios 3 a 7).

Por escrito presentado el 16 de noviembre de 2012 en el trámite de audiencia, cuantifica su reclamación en 30.591 euros (folio 205), que desglosa de la siguiente forma:

- Indemnización por las secuelas: Un total de 19 puntos que resultan de sumar 12 puntos por Ageusia (falta de gusto) + 7 puntos por Anosmia (falta olfato) a 948,84 euros por punto arrojan un total de 18.027, 96 euros.

- Indemnización por días de tratamiento: Solicita un total de 12.562,98 euros que resultan de un día de estancia hospitalaria a 67,98 euros más 420 días no improductivos a 12.495 euros.

TERCERO.- Del examen de la historia clínica de la reclamante y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante, de 42 años en la fecha de los hechos, el día 23 de febrero de 2012, a las 14:09 horas fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital del Sureste, tras haber sufrido agresión, según refiere la paciente, por parte de su marido y la hija de éste. Refiere traumatismo facial, contusión torácica y tirón de cuero cabelludo. Se hace constar en el informe de Urgencias: *“No TCE ni pérdida de conocimiento, epistaxis autolimitada, contusión labio superior con sangrado”*.

Se realizó exploración física, cuyo resultado se anota en el informe:

“Consciente y orientada. Eupneica en reposo. Glasgow 15/15. Contusión facial con traumatismo facial, no deformidad ni desviación tabique. Dolor palpación tabique nasal, no crepitación. Contusión labio superior e inferior, excoriación superficial, tumefacción. No desplazamiento piezas dentales. No dolor ni crepitación palpación región orbitaria. Exploración ATM bilateral normal. Refiere dolor en región occipital, tras tirón de cuero cabelludo, no se aprecian lesiones. No lesiones cutáneas en región centrotorácica. Dolor palpación en esternón, no crepitación. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Neuro: PICNR, pares craneales normales, no alteraciones sensibilidad ni fuerza en extremidades”.

Se solicitaron pruebas complementarias consistentes en radiografía de tórax y de huesos propios y órbita. En la radiografía de tórax no se observan líneas de fractura ni neumotórax y en la radiografía de huesos propios se hace constar que *“no se observan líneas de fractura en momento actual”*. Fue diagnosticada de traumatismo nasal, con contusión labial y traumatismo esternal, pautándose tratamiento analgésico y control por su médico de atención primaria. La médico que la atendió firmó el correspondiente parte de lesiones.

Al día siguiente, 24 de febrero de 2012, acudió a su médico de atención primaria quien anota en la historia clínica: *“Al parecer ha sido agredida por su marido, hoy juicio rápido, trae informe del hospital con contusión nasal y torácica, sin fracturas, además T x ansiedad de base (sic)”*.

El día 8 de marzo de 2012 fue atendida nuevamente por su médico de atención primaria quien anota en la historia: *“contusión nasal, parece que la RX era normal, paso a Enantyum”* y se solicita interconsulta al Servicio de Otorrinolaringología.

El día 16 de marzo de 2012 acudió a la consulta de Otorrinolaringología por presentar dolor en región paralateronasal bilateral sin insuficiencia respiratoria nasal. A la exploración, se apreciaba una desviación septal izquierda con laterorrinia discreta derecha y un leve hundimiento de fragmento distal izquierdo de hueso propio nasal con desplazamiento lateral del derecho. Bajo anestesia tópica y local se procedió refracturar los huesos propios para reducción cerrada de la misma y se coloca taponamiento en fosa nasal izquierda, férula de protección y se pauta antiinflamatorio.

Con fecha 20 de marzo de 2012 se retiró el taponamiento en consulta de Otorrinolaringología y el día 23 de marzo de 2012 se retiró la férula

nasal. Se comprobó secuela de leve laterorrinia derecha, con los tejidos todavía inflamados. Se recomendó nuevo control en un mes y no utilizar gafas durante ese período.

El día 8 de mayo de 2012 acudió a revisión observándose discreta desviación septal izquierda con buen paso aéreo y fosas permeables. *“Dorso nasal con pirámide ósea adecuadamente centrada sin signos aparentes de deformidad. Discreto enrojecimiento de la piel del dorso nasal. Discreta laterorrinia cartilaginosa derecha (cartílago lateral superior derecho)”* y se recomienda revisión en dos meses.

En la visita del día 19 de julio de 2012, la reclamante refiere cefaleas casi diarias que la paciente describe diferentes a sus jaquecas habituales. *“Se originan en región maxilar bilateral y raíz nasal con irradiación hacia región temporal bilateral que duran casi todo el día”*, con el diagnóstico de desviación septal izquierda y discreta laterorrinia derecha por cartílago lateral superior derecho y cefaleas, se solicita TC de senos para descartar origen nasosinusal de la cefalea y craneal.

El estudio del TC informa: *“Leve desviación del septo nasal de convexidad posterior izquierda que asocia pequeño espolón óseo que contacta focalmente con pared lateral de fosa nasal. Destaca la presencia de moderado aumento del espesor mucoso del cavum nasofaríngeo con efecto de masa sobre vía aérea que a pesar de poder corresponder con hipertrofia adenoidea debe valorarse mediante exploración ORL. Hallazgos sugestivos de fractura crónicas consolidadas de huesos propios nasales, sin desplazamientos de fragmentos óseos”*.

Se acuerda realizar CENS (biopsia del cavum) y, como procedimientos secundarios, septoplastia con turbinoplastia, previa firma del consentimiento informado para dichos procedimientos.

El informe de anatomía patológica del cavum se informa como *“tejido linfoide hiperplásico”*. En la revisión del día 15 de noviembre de 2012, la paciente refería seguir con anosmia y ageusia.

CUARTO.- Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) y el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Procedimiento de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la reclamante en el Centro de Salud Arganda (folios 11 a 44) y del Hospital del Sureste, (folios 45 a 174).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha recabado el informe preceptivo del servicio médico afectado. Así se ha incorporado al expediente el informe del médico de atención primaria que, en relación con el traumatismo nasal señala: *“se me presentó informe del hospital con diagnóstico, complementarias y tratamiento a mi juicio correcto de la patología referida, pero ante la persistencia de dolor y discreta lateralización envié a valoración en ORL sin que en mi opinión exista ninguna mala praxis”* (folio 10).

El informe de 27 de abril de 2012 del jefe del Servicio de Urgencias del Hospital del Sureste declara, en relación con la asistencia prestada a la reclamante:

«Según consta en la Historia Clínica, la paciente fue atendida a las 14:18 horas por la Dra. P., quien realizó la anamnesis y exploración física correspondientes al motivo de consulta de la

paciente, incluida la exploración facial y nasal, donde no objetivó “deformidad ni desviación del tabique ni crepitación”.

Posteriormente, solicitó varias radiografías (incluida de huesos propios de la nariz -donde no observó líneas de fractura).

Por lo tanto, la actuación de la Dra. P. fue acorde con los Protocolos de Actuación Clínica de las distintas Sociedades Científicas de Urgencias, y no se corresponde con lo que la reclamante refiere en su escrito en el sentido (copio literal) “sólo me efectuó Rx de tórax, aun habiéndola dicho que me dolía mucho la nariz no me hizo caso alguno”» (folio 170).

Por su parte, el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital del Sureste en su informe de 27 de abril de 2012, tras un examen de los hechos concluye:

“Como resumen, es un paciente que tras recibir traumatismo facial por agresión acude a la urgencia de este hospital donde se le practica una exploración completa y una radiografía de huesos propios nasales en la que no se objetiva fractura en ese momento.

Esta situación es muy común en la asistencia a la urgencia, ya que el paciente suele acudir con gran inflamación facial donde es muy difícil valorar si el dorso nasal está hundido, desplazado, etc. Además, en muchas ocasiones la sensibilidad y especificidad de la radiografía es muy baja para poder diagnosticar con certeza una fractura nasal, y pasan tanto clínicamente como radiológicamente desapercibidas.

La práctica habitual es pautar analgésicos y antiinflamatorios y hacer una nueva valoración en unos días, cuando todo el edema y la inflamación hayan desaparecido, como pasó en este caso.

En la valoración posterior en la consulta de ORL, tras bajar la inflamación se apreció la fractura nasal, por lo que se realizó ese mismo día la reducción cerrada de la lesión nasal. Parece que persiste algo de laterorrinia, que se seguirá valorando en próximas visitas.

Como la nariz es el centro de la imagen que tiene cada persona de si mismo, pequeñas desviaciones o malas consolidaciones óseas que en otra parte del cuerpo dan una leve deformidad y no se da mayor importancia, en la nariz crea en los pacientes insatisfacción. Estas laterorrinias (desviaciones laterales nasales) son las deformidades nasales más difíciles de resolver, a pesar de correctas reducciones de los huesos propios nasales, y a veces precisan cirugías reparadoras posteriores (septorrinoplastia, etc.). Por lo que no es raro que en ocasiones queden secuelas (desviación del dorso nasal, etc.), a pesar de una correcta atención médica” (folios 173 y 174).

Igualmente se ha incorporado informe de 18 de julio de 2012 de la Inspección Sanitaria (folios 187 a 190). En dicho informe el médico inspector señala que *“en la radiografía de nariz que la realizaron en urgencias no se encuentra la línea de fractura por lo que tras realizar el parte judicial de lesiones se le da de alta con analgesia, hielo y recomendación de control de su médico de atención primaria, quizá en este caso hubiera sido deseable la remisión al ORL antes de 5 días (en las que aún no está consolidada la fractura y el edema está más reducido para haber valorado la lesión)”* y concluye:

“1º La reclamante, no se atiene a la verdad cuando dice que no le hicieron una radiografía de nariz en la asistencia a urgencias el día 23 de febrero de 2012.

2º Se produjo un error diagnóstico en la urgencia al considerar que no estaba rota la nariz por no ver la línea de fractura cuando presumiblemente si lo estaba como se vio en una consulta con el ORL 15 días después. Este error diagnóstico se podría haber evitado si se hubiera pedido una interconsulta con los ORL para días después lo que no se hizo desde el servicio de urgencias.

3º Pese a que se produjera un error diagnóstico la actuación de los profesionales en el servicio de urgencias fue ajustada a la lex Artis, realizándole la placa de nariz y no apreciando fractura en ese momento”.

Tal y como establecen los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP, se evacuó el oportuno trámite de audiencia a la reclamante, quien presenta escrito de alegaciones el 16 de noviembre de 2012. En este escrito la interesada considera, con base en el informe de la Inspección, que hubo un error de diagnóstico y que la doctora que la atendió en urgencias la debía haber citado con Otorrinolaringología pocos días después de la consulta de urgencias, evitando así la consolidación de la fractura y que las probabilidades de éxito de la reducción habrían sido mayores. La interesada cuantifica el importe de su reclamación en 30.591 euros (folios 199 a 204)

Finalmente, por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria -por delegación en la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 26/2010, de 28 de julio- se dicta propuesta de resolución en fecha 28 de junio de 2013, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada por entender que la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital del Sureste, fue adecuada y conforme a la “lex artis” (folios 241 a 245).

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007 de 21 de diciembre (LRCC), a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC.

SEGUNDA.- El procedimiento de responsabilidad patrimonial, que se inició a instancia de interesada según consta en los antecedentes, tiene su tramitación regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), desarrollados en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Ostenta la reclamante la condición de interesada y legitimada para promover el procedimiento, al amparo del artículo 139 de LRJ-PAC, independientemente de que sea o no procedente la indemnización solicitada, de acuerdo con los artículos 31 y 139 de la citada ley.

Se cumple, igualmente, el requisito de la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJ-PAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año

de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, habiéndose diagnosticado la fractura nasal consolidada el día 16 de marzo de 2012, no cabe duda que la reclamación presentada el día 4 de abril de 2012 está presentada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha practicado la prueba precisa mediante informe del servicio interviniente, se han recabado los demás informes y pruebas que se consideraron necesarios y se ha puesto el expediente de manifiesto para alegaciones, en cumplimiento de los artículos 9, 10 y 11 del R.D. 429/1993, 82 y 84 de la Ley 30/1992, por lo que no existe en absoluto indefensión.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

“1º.- 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.

2º.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias (por todas, v. las de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 26 de junio, sobre el recurso 4429/2004 y de 15 de enero de 2008, sobre el recurso nº 8803/2003) los requisitos de la responsabilidad extracontractual de la Administración, que son los siguientes:

1º) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

2º) La antijuridicidad del daño o lesión. Esta calificación del daño no viene determinada por ser contraria a derecho la conducta del autor, sino porque la persona que sufre el daño no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión que es necesario examinar y dilucidar en cada caso concreto.

3º) La imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, que, al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

4º) El nexo causal directo y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso. El daño debe ser consecuencia exclusiva del

funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa, siendo esta exclusividad esencial para apreciar la antedicha relación o nexo causal.

CUARTA.- En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) y 29 de junio de 2011 (recurso nº 2950/2007) disponen que *“se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad (RCL 1986, 1316) y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825)] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”*.

La misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en Sentencias de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000) y 4 de abril de 2011 (recurso de casación nº 5656/2006), afirma que *“lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis”*.

Señalan las Sentencias del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008 (Recurso nº 4429/2004), de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº 7915/2003) y 29 de junio de 2011 (recurso nº 2950/2007) que *“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”*. Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *“lex artis”*.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que la reclamante fue diagnosticada el día 16 de marzo de 2012 de una fractura nasal consolidada, por lo que fue necesario la refracturación para efectuar una reducción, habiéndole quedado como secuela una leve laterorrinia derecha. Hasta dicho diagnóstico la reclamante continuó con dolor. Después de la reducción de la fractura nasal, la reclamante quedó con una leve laterorrinia derecha. La

reclamante alega que ha tenido que someterse a una septoplastia con turbinoplastia. Acreditada la realidad del daño, es preciso examinar la existencia o no de relación de causalidad entre los daños sufridos y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

La reclamante afirma en su escrito que el daño sufrido es consecuencia de una defectuosa asistencia por parte del Servicio de Urgencias del Hospital del Sureste. Así, en su escrito de inicio del procedimiento afirmaba que la doctora que la atendió se limitó a efectuar radiografía de tórax sin solicitar una de nariz *“aún habiéndola dicho que me dolía mucho la nariz, no me hizo caso alguno”*.

Es conveniente recordar que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999–, 30 de septiembre de 2003 –recurso 732/1999– y 11 de noviembre de 2004 –recurso 4067/2000– entre otras).

Esta afirmación resulta contradicha con el propio informe del Servicio de Urgencias del Hospital del Sureste aportado por la reclamante, donde se recoge la exploración realizada y se hace constar que se le realizaron como pruebas complementarias radiografía de tórax y radiografía de huesos propios y órbita informándose, con relación a esta última: *“No se observan líneas de fractura en momento actual”*.

Como señalan los informes médicos obrantes en el expediente, no cabe hablar en este caso de error de diagnóstico, porque es muy común acudir con gran inflamación facial por lo que es muy difícil valorar si el dorso nasal está hundido o desplazado y, en muchas ocasiones, la especificidad de la radiografía es muy baja para poder diagnosticar con certeza una

fractura nasal, y pasan tanto clínicamente como radiológicamente desapercibidas.

La reclamante considera, con base en el informe de la Inspección, que la actuación del Servicio de Urgencias no fue correcta porque le debía haber derivado al Servicio de Otorrinolaringología en pocos días para nueva valoración de la lesión, lo que no se hizo. Dicha actuación es contraria a la *“lex artis”*, porque si se la hubiese derivado en los cinco días siguientes al Servicio de Otorrinolaringología, se habría podido diagnosticar la fractura antes ya que, como señala el informe de la Inspección, *“existe coincidencia en que cuanto antes se intente su reducción, hay más posibilidades de éxito”*.

En el presente caso, consta en el expediente que, tras la asistencia en el Servicio de Urgencias, que debe considerarse adecuada, la doctora que atendió a la reclamante, pautó tratamiento analgésico y antiinflamatorio y revisión con su médico de atención primaria. M.E.F.J. fue atendida, al día siguiente, por su médico de atención primaria, quien la vuelve a atender el día 8 de marzo, día en el que dicho facultativo, ante la persistencia del dolor y la discreta lateralización observada, la deriva al Servicio de Otorrinolaringología, donde fue citada el día 16 de marzo de 2012. Según el informe de la Inspección, sin embargo, lo deseable hubiera sido *“que se hubiera citado a la paciente a los pocos días (antes de 7 días) para ser valorado por los ORL y reducir si hiciera falta la lesión antes de que consolidara”*.

Por tanto, la falta de indicación por la médico de Urgencias de que debía ser valorada por el Servicio de Otorrinolaringología en los cinco o siete días siguientes a la contusión para que, una vez bajada la inflamación, pudiera descartarse la existencia de fractura. Se habría así producido una pérdida de oportunidad, porque si se la hubiese derivado en los cinco días siguientes al Servicio de Otorrinolaringología, se habría podido

diagnosticar la fractura antes ya que, como señala el informe de la Inspección, *“existe coincidencia en que cuanto antes se intente su reducción, hay más posibilidades de éxito”*.

Como afirma la sentencia de 21 de febrero de 2008 (recurso de casación 5271/2003) la doctrina de la pérdida de oportunidad consiste en que no se haya *“dejado de practicar actuación médica alguna ni se ha omitido tampoco ningún tratamiento posible”*. En este caso, la paciente debía haber sido citada para valoración por el Servicio de Otorrinolaringología, lo que no se hizo. Esta omisión determinó que, la paciente continuara con dolor y que, cuando se le diagnosticó la fractura, ésta ya se le había consolidado, por lo que se le tuvo que realizar una refracturación nasal para su correcta reducción.

SEXTA.- Procede a continuación, de conformidad con el artículo 12.2 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, la valoración de los daños para su cuantificación, lo que debe hacerse por imperativo del artículo 141.3 LRJAP-PAC con relación al momento en que la lesión efectivamente se produjo.

A la hora de realizar una valoración la jurisprudencia se ha decantado por una valoración global –sentencias del Tribunal Supremo de 20 de octubre de 1987 (RJ 8676), 15 de abril de 1988 (RJ 3072) y 1 de diciembre de 1989 (RJ 8992)- que derive de una *“apreciación racional aunque no matemática”* –sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990 (RJ 154)-, pues se carece de parámetro o módulos objetivos, debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso.

La interesada cuantifica el importe de su reclamación, atendiendo al baremo de 2012, fecha en la que estabilizaron sus secuelas, en 30.591 € que desglosa en 12.562,98 €, en concepto de incapacidad temporal por 420 días no impeditivos y un día de estancia hospitalaria y 18.027,96 €

por las secuelas consistentes en anosmia (falta de olfato) y ageusia (falta de gusto).

En el presente caso, se desconoce si –de haberse diagnosticado la fractura nasal en los siete días siguientes- se hubiese podido efectuar la reducción de la fractura con éxito porque, como señala el informe del jefe del Servicio de Otorrinolaringología, la secuela padecida por la reclamante –leve laterorrinia (desviación lateral nasal)- es la deformidad nasal más difícil de resolver, a pesar de correctas reducciones de los huesos propios nasales, y que a veces precisan cirugías reparadoras posteriores, *“por lo que no es raro que en ocasiones queden secuelas (desviación del dorso nasal, etc.) a pesar de una correcta atención médica”*.

La interesada, en su escrito de alegaciones presentado el día 16 de noviembre de 2012, reclama por un día de estancia hospitalaria y 420 días no improductivos, ya que tras la reducción de la fractura realizada el día 16 de marzo de 2012, tuvo que ser sometida el día 15 de octubre de 2012 a una septoplastia con turbinoplastia. Se desconoce cómo determina esta cifra porque desde el día 23 de febrero de 2012 hasta el día 16 de noviembre de 2012 (fecha en la que se presenta el escrito de alegaciones) se contabilizan 267 días.

Además, las intervenciones de septoplastia con turbinoplastia que se realizaron, fueron secundarias a la biopsia de cavum realizada el día 15 de octubre de 2012 por las cefaleas que refiere, sin que quede acreditado en el expediente que las cefaleas sufridas tengan su origen en el retraso del diagnóstico de la fractura. Tampoco resulta probado en el expediente que tras las intervenciones realizadas hayan quedado como secuela definitiva la pérdida del olfato y del gusto, pues la interesada aporta, para acreditar esta circunstancia, copia de la historia clínica del día 15 de noviembre donde el médico hizo constar: *“refiere seguir con anosmia y ageusia”*, sin que se haya realizado alguna prueba que demuestre este daño.

Por tanto, el importe de la indemnización deberá tener en cuenta, como ya ha señalado este Consejo Consultivo en su dictamen 252/11, de 18 de mayo, *“una pérdida de oportunidad de haber evitado el padecimiento de la reclamante y un daño físico consistente en el dolor sufrido desde el 14 de septiembre de 2006 hasta el 20 de agosto de 2007”*. Así, ese dictamen se consideró que debían indemnizarse *“los 340 días de baja impeditiva no hospitalaria, aplicando la Resolución de 20 de enero de 2011 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones”*.

Aplicando la anterior doctrina al presente caso, resulta que el retraso en el diagnóstico de la fractura nasal fue de 17 días (debió haber sido citada en el quinto día siguiente al traumatismo), días que deberán contabilizarse como no impeditivos, por lo que, aplicando la Resolución de 24 de enero de 2012, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones resulta un total de 517,82 €.

A esta cantidad deberá sumarse la pérdida de oportunidad de haberse podido realizar una correcta reducción de la fractura nasal, que debe valorarse en un 50%. Consta en el expediente que tras la reducción de la fractura nasal le ha quedado a la reclamante una leve laterorrinia derecha que debe calificarse como un perjuicio estético leve, porque no se acredita que afectara a la respiración nasal. Por tanto, valorada la secuela como perjuicio estético ligero con 3 puntos, atendiendo a la edad de la reclamante -42 años-, el importe de la indemnización por el perjuicio estético sería de 2.213,04 €. Cantidad que debe minorarse, por la pérdida de oportunidad en un 50% por lo que resultaría una indemnización de 1.106,52 €.

Por tanto el importe de la indemnización, valorados los días de retraso en el diagnóstico y la pérdida de oportunidad, asciende a 1.624,34 €, cantidad que habrá de actualizarse a la fecha en que se dicte la resolución

que ponga fin al procedimiento, de acuerdo con el artículo 141.3 LRJPAC.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial e indemnizar al interesado con la cantidad de 1.624,34 €, cantidad que deberá ser actualizada al momento de dictar resolución.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 4 de septiembre de 2013