



PROCURADOR DEL COMÚN
DE CASTILLA Y LEÓN

Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León
Ilma. Sra. Directora de Relaciones Institucionales y Acción Exterior
C/ Santiago Alba, 1
47008 VALLADOLID

Expediente: 2304/2025

Asunto: Presunta negligencia médica / Servicio de urgencias del HUBU / Resolución
Centro directivo: Consejería de Sanidad y Bienestar Social

Ilma. Sra.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. una vez recibido el informe solicitado en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

Como recordará, el motivo de la queja era la disconformidad de su promotor con la asistencia médica recibida por XXX, paciente diagnosticado de enfermedad de Parkinson, en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Burgos el día 6 de julio de 2025.

Según se expone, tras sufrir una caída accidental por las escaleras de su domicilio, XXX fue trasladado al citado Servicio de Urgencias, donde se le practicaron diversas pruebas diagnósticas. No obstante, se señala que no se procedió a la cura de la herida que presentaba en la cabeza ni se le administró o prescribió medicación específica para el dolor que refería en el costado.

Al día siguiente, ante el estado de la herida y las molestias que presentaba, acudió al Centro de Salud de San Agustín, donde se procedió a su cura y se colocaron puntos de aproximación.

Posteriormente, ante el empeoramiento de su estado, caracterizado por fuertes dolores en el costado y dificultad respiratoria, acudió nuevamente, el 7 de julio, al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Burgos. En esta ocasión se practicaron nuevas pruebas diagnósticas que pusieron de manifiesto la existencia de fracturas costales múltiples y un cuadro de mayor gravedad, tras lo cual el paciente ingresó en la planta de Cirugía.



Atendiendo a su situación clínica y a las previsiones contenidas en sus instrucciones previas, se decidió instaurar medidas de carácter paliativo, sin adoptar medidas agresivas o tratamientos con finalidad curativa. XXX falleció el día 11 de julio de 2025.

Admitida la queja a trámite e iniciada la investigación oportuna sobre la cuestión planteada, nos dirigimos a V.I. en solicitud de información correspondiente a la problemática que constituye el objeto de aquélla.

En atención a nuestra petición de información, se remitió por esa Administración autonómica informe, en el cual se hacía constar que, dada la situación del paciente y con la colaboración de la familia, la facultativa que le atendió centró la anamnesis en el traumatismo craneal y en el dolor referido en hombro y cadera izquierdos, sin que, según se indica, se hiciera referencia a molestias costales ni a dificultad respiratoria.

Con este motivo, se solicitaron, entre otras pruebas, estudios radiológicos del húmero, la pelvis, la parrilla costal y la columna lumbosacra, además de un TAC craneal.

El informe administrativo señala que los estudios de pelvis, hombro y TAC craneal no mostraron hallazgos relevantes. Asimismo, se indica que las radiografías de parrilla costal, una vez revisadas con posterioridad, permitían objetivar fracturas del tercer y cuarto arco costal izquierdo, sin evidencia de neumotórax.

Sin embargo, el resultado de esta prueba no quedó incorporado al informe asistencial correspondiente al día 6 de julio, en el que sí se recogieron las indicaciones de vigilancia, analgesia oral, frío local y mantenimiento de la herida de la cabeza limpia y seca.

El día 7 de julio, ante el empeoramiento del estado del paciente y el mal control del dolor con paracetamol, se realizó un TAC torácico, objetivándose fracturas de la primera a la sexta costillas izquierdas y de la primera costilla derecha, enfisema torácico y neumomediastino.

El paciente fue valorado por la Unidad de Cuidados Intensivos, que descartó su ingreso y la adopción de medidas agresivas, teniendo en consideración su situación basal, el Parkinson avanzado que padecía y las instrucciones previas otorgadas por el paciente.

Finalmente, esa Consejería informa de que la Dirección Médica y la Jefatura del Servicio de Urgencias adoptaron medidas tras conocer lo sucedido, comunicando el episodio a la especialista responsable de la asistencia del día 6 de julio y requiriéndole información sobre lo acontecido.



La Administración sanitaria manifiesta igualmente que, a posteriori, no resulta posible determinar si, dada la situación basal del paciente, hubiera podido procederse de otra forma o si la evolución clínica habría sido diferente, y traslada a la familia su pesar y disculpas por el desenlace

A la vista de lo informado, es necesario señalar con carácter previo que la función del Procurador del Común consiste en supervisar la actuación de las Administraciones Públicas y comprobar si su funcionamiento resulta acorde con los derechos de los ciudadanos y con los principios de buena administración.

Esta Institución no puede, en cambio, sustituir a los profesionales sanitarios en la valoración de las decisiones clínicas adoptadas ni efectuar, por sí misma, una valoración científica o pericial de la asistencia dispensada. Tampoco corresponde a esta Procuraduría establecer la existencia de una relación causal entre una determinada actuación médica y el fallecimiento de un paciente cuando para ello sean necesarios conocimientos científicos especializados.

Ahora bien, esta limitación no impide examinar la información facilitada por la Administración, contrastarla con los hechos puestos de manifiesto en la queja y valorar si la asistencia prestada y, especialmente, los mecanismos de revisión, documentación y seguimiento empleados por el servicio sanitario ofrecieron las garantías exigibles.

Por otra parte, es preciso tener en cuenta que el artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública mediante las prestaciones y servicios necesarios.

En el ámbito de Castilla y León, el artículo 4 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, establece que la Administración garantizará el derecho a las prestaciones y servicios de salud y que las actuaciones del Sistema de Salud deben orientarse a una atención individual y personalizada. El mismo precepto dispone una especial protección para las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y otros grupos de riesgo.

En el presente caso, consta que XXX padecía una enfermedad de Parkinson avanzada y que, como consecuencia de una caída por las escaleras, fue atendido en un Servicio de Urgencias por un traumatismo que afectaba a distintas zonas del cuerpo.

La propia Administración informa de que, precisamente por su situación basal, fue necesaria la colaboración de la familia para realizar la anamnesis. Esta circunstancia resulta especialmente relevante, pues cuando las condiciones clínicas o neurológicas de un paciente pueden dificultar la expresión o valoración de los síntomas, la información aportada por sus familiares constituye un elemento asistencial que debe ser



adecuadamente considerado y contrastado con la exploración clínica y las pruebas complementarias.

No se cuestiona que la facultativa solicitara un número significativo de pruebas diagnósticas, entre ellas una radiografía de parrilla costal, ni que se realizara un TAC craneal. Por tanto, no puede afirmarse que el proceso asistencial del día 6 de julio se limitara exclusivamente a una valoración superficial del traumatismo.

Sin embargo, la existencia de una prueba específica de zona costal adquiere especial relevancia a la vista de lo ocurrido posteriormente.

Del informe remitido por la Administración se desprende que la radiografía realizada el día 6 de julio mostraba fracturas del tercer y cuarto arco costal izquierdo, sin evidencia de neumotórax.

Este dato no quedó recogido en el informe asistencial correspondiente a aquella atención. Una omisión que resulta especialmente significativa porque se trataba de una prueba solicitada expresamente en el contexto de un traumatismo por caída y porque su resultado presentaba hallazgos traumáticos que, aun cuando no evidenciaron en ese momento un neumotórax, no eran irrelevantes desde el punto de vista clínico.

No corresponde a esta Institución determinar si la presencia de dichas fracturas exigía una determinada conducta terapéutica, la realización de pruebas adicionales o el ingreso hospitalario, pues ello constituiría una valoración estrictamente médica. Pero sí resulta, en cambio, razonable considerar que los resultados de las pruebas complementarias realizadas en un Servicio de Urgencias deben ser objeto de revisión y quedar adecuadamente integrados en la valoración clínica y en la documentación asistencial antes de adoptar la decisión de alta.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 15 que la historia clínica tiene como finalidad principal facilitar la asistencia sanitaria y garantizar un conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Asimismo, exige que la documentación clínica permita integrar los distintos elementos del proceso asistencial.

En términos similares, la citada Ley 8/2003 de Castilla y León y el Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica en nuestra Comunidad otorgan a la documentación sanitaria una función esencial dentro de las garantías de los derechos de los pacientes.

Por ello, aunque no pueda afirmarse que la omisión del resultado radiológico determinara por sí misma la evolución posterior, sí se aprecia una deficiencia en la



integración y documentación de la información diagnóstica obtenida durante la primera asistencia.

Esta conclusión se ve reforzada por el hecho de que el paciente tuvo que regresar al día siguiente al Servicio de Urgencias por empeoramiento del dolor y, en esa segunda asistencia, el TAC torácico evidenció una afectación traumática considerablemente mayor, con fracturas de la primera a la sexta costillas izquierdas y de la primera costilla derecha, además de enfisema torácico y neumomediastino.

En relación con la alegación relativa a la ausencia de tratamiento del dolor, el informe administrativo señala que entre las indicaciones realizadas al alta figuraba la analgesia oral. Por ello, con la información disponible, no puede considerarse acreditado que el paciente fuera dado de alta sin ninguna indicación analgésica.

Distinta consideración merece la necesidad de valorar adecuadamente la evolución del dolor tras un traumatismo. El día 7 de julio el paciente acudió nuevamente al Servicio de Urgencias refiriendo mal control del dolor con paracetamol y molestias en el hemitórax izquierdo.

En esta segunda asistencia presentaba una saturación de oxígeno del 96-97 %, según el informe administrativo, por lo que tampoco resulta posible concluir que existiera una dificultad respiratoria objetiva durante la primera atención que hubiera sido ignorada.

En cuanto a la herida de la cabeza, la documentación aportada indica que se recomendó mantenerla limpia y seca, mientras que la familia sostiene que no fue objeto de cura y que al día siguiente tuvo que ser atendida en el Centro de Salud de San Agustín.

Tampoco en este punto dispone esta Institución de elementos suficientes para afirmar que la actuación realizada fuera contraria a la práctica médica exigible. No obstante, sí debe señalarse que la adecuada documentación de la exploración y del tratamiento de las lesiones externas constituye un elemento relevante de la asistencia traumatológica y permite conocer las actuaciones efectivamente realizadas.

La queja relaciona la asistencia dispensada el día 6 de julio con la posterior detección de las fracturas costales y del neumomediastino, así como con el fallecimiento de XXX el día 11 de julio, hecho que lamentamos profundamente.

Esa Consejería, sin embargo, manifiesta expresamente que no es posible determinar si una actuación diferente el día 6 de julio habría modificado la evolución posterior, teniendo en consideración el estado basal del paciente, su enfermedad de Parkinson avanzada y el conjunto de circunstancias clínicas concurrentes.



Esta Institución considera que tal conclusión no puede ser desvirtuada con la información de que dispone. La gravedad de las lesiones finalmente diagnosticadas y la evolución posterior del paciente constituyen circunstancias objetivas de especial relevancia, pero no permiten establecer, sin una valoración médico-pericial específica, que el hecho de que las fracturas no fueran recogidas en el informe del día 6 de julio ocasionara el agravamiento posterior ni que hubiera anticipado la necesidad de instaurar cuidados paliativos.

Debe recordarse, además, que la decisión de no adoptar medidas agresivas y de instaurar cuidados paliativos se adoptó en el contexto de la situación clínica existente el día 7 de julio y de las instrucciones previas otorgadas por el paciente.

El respeto a las instrucciones previas constituye precisamente una garantía reconocida por la normativa sanitaria. El artículo 30 de la Ley 8/2003 dispone que las decisiones previamente adoptadas mediante instrucciones dejadas para situaciones en las que la persona no pueda expresar su voluntad deben ser respetadas, y el artículo 11 de la Ley 41/2002 establece igualmente el régimen de las instrucciones previas y sus límites.

Por tanto, no cabe considerar que la instauración de cuidados paliativos, en las circunstancias descritas en el informe remitido, constituya por sí misma una consecuencia irregular de la asistencia recibida el día 6 de julio.

Debe valorarse positivamente que, una vez conocidos los hechos, la Dirección Médica y la Jefatura del Servicio de Urgencias procedieran a revisar lo sucedido, comunicaran el episodio a la facultativa interviniente y le requirieran información.

Asimismo, debe juzgarse favorablemente que la Gerencia del Complejo Asistencial Universitario de Burgos trasladara a la familia su pesar y sus disculpas por el desenlace del proceso.

No obstante, la información facilitada no permite conocer con suficiente precisión qué medidas concretas se han incorporado al funcionamiento ordinario del Servicio de Urgencias como consecuencia de la revisión efectuada, más allá de la referencia genérica a que se han adoptado medidas oportunas y se trabaja para evitar que una situación similar vuelva a producirse.

A juicio de esta Procuraduría, un episodio como el analizado aconseja que las medidas de mejora no se limiten a la actuación individual respecto del profesional interviniente, sino que se traduzcan, en su caso, en mecanismos organizativos que permitan reducir el riesgo de que resultados relevantes de pruebas complementarias realizadas en Urgencias no sean revisados, incorporados a la valoración clínica o comunicados adecuadamente antes del alta. Especialmente en pacientes de edad avanzada, con enfermedades neurológicas o con dificultades para expresar



adecuadamente la sintomatología, resulta conveniente reforzar la valoración conjunta de la información aportada por familiares, la exploración clínica, las constantes y los resultados de las pruebas complementarias.

No existen elementos suficientes para afirmar que la asistencia dispensada el día 6 de julio de 2025 fuera, en su conjunto, contraria a la *lex artis*, ni corresponde a esta Institución efectuar una valoración médico-pericial de las decisiones clínicas adoptadas. Tampoco puede establecerse, con la información disponible, una relación causal entre la asistencia inicial, el posterior diagnóstico de las lesiones torácicas y el fallecimiento de XXX. Consta, sin embargo, un dato objetivo que debe ser objeto de consideración: en la asistencia del día 6 de julio se realizó una radiografía en la que se objetivaron fracturas del tercer y cuarto arco costal izquierdo, sin neumotórax, y este resultado no quedó recogido en el informe asistencial correspondiente ni figura que fuera integrado en la valoración clínica realizada antes del alta.

La existencia de dicha omisión documental y asistencial justifica que se solicite la adopción de medidas dirigidas a garantizar que todas las pruebas complementarias solicitadas en los Servicios de Urgencias sean efectivamente revisadas, valoradas e integradas en el proceso asistencial y en la documentación clínica antes de proceder al alta, especialmente cuando presentan hallazgos traumáticos relevantes.

Finalmente, procede dejar constancia de que esta Resolución no prejuzga la eventual existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria ni de responsabilidad profesional, cuestiones que, en su caso, deberán dilucidarse a través de los procedimientos legalmente establecidos y con las garantías probatorias correspondientes.

En virtud de todo lo expuesto, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, consideramos oportuno formular la siguiente **Resolución**:

PRIMERA: Que se valore la adopción de las medidas organizativas y asistenciales necesarias en los Servicios de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Burgos para garantizar que, antes del alta de un paciente se proceda a la revisión efectiva de la totalidad de las pruebas complementarias solicitadas durante el episodio asistencial y los resultados relevantes, incluidos los hallazgos traumáticos, queden integrados en la valoración clínica y en el correspondiente informe de asistencia.

SEGUNDA Que se estudie la oportunidad de establecer mecanismos que permitan detectar y corregir posibles discrepancias entre las pruebas realizadas y la información recogida en el informe de alta, y se refuercen, especialmente en



PROCURADOR DEL COMÚN
DE CASTILLA Y LEÓN

pacientes con enfermedades neurológicas, crónicas o con dificultades para comunicar sus síntomas, los mecanismos de valoración de la información aportada por familiares o acompañantes y de reevaluación de la sintomatología antes de adoptar la decisión de alta.

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente

EL PROCURADOR DEL COMÚN
Tomás Quintana López