

Dictamen Núm. 193/2024

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de noviembre de 2024, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 7 de agosto de 2024 -registrada de entrada el día 12 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños morales derivados del fallecimiento de su familiar, que atribuyen a una asistencia deficiente con pérdida de oportunidad terapéutica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 30 de diciembre de 2022, los interesados -marido e hijos de la paciente fallecida- presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por los daños morales derivados del fallecimiento de su familiar que atribuyen a una atención contraria a la *lex artis ad hoc*, que le deparó una pérdida de oportunidad terapéutica.

Exponen que la paciente fue “intervenida quirúrgicamente el 26 de noviembre de 2021 de artrodesis y recalibrado D10, en contexto clínico de lumbociatalgia y estenosis de canal (...), cursando alta el 21 de diciembre (...) a pesar de seguir drenando la herida y presentar una analítica que presenta valores anormales, especialmente la leucocitosis, indicadora de infección”, y “solo dos días después, el 23 de diciembre de 2021, la paciente acude a Urgencias por presentar un seroma en la herida quirúrgica cerrada, incomprensiblemente, no se realizó analítica, ni se drenó la herida.(...). A pesar de la persistencia (...) del seroma y el evidente riesgo de existencia de infección, el 30 de diciembre la paciente acude a consulta y mandan quitar antibiótico (...) (y) no drenan el seroma. (...). A pesar de persistir la clínica, en revisión del 5 de enero sigue sin pautarse tratamiento alguno.(...). El 11 de enero, la paciente comienza con dolor al orinar (...) y diarrea (...), sus familiares llaman al médico de Atención Primaria que manda hacer una tira de que no sería informada hasta el día 19 de enero. Momento en el cual, por fin se le receta antibiótico”. El 19 de enero de 2022, acude a consulta de Traumatología donde observan “buena evolución, sin embargo, la realidad es que presenta síndrome confusional y fiebre por lo que acude a Urgencias del Hospital `X` donde quedaría ingresada en Medicina Interna./ Sería reintervenida el 11 de febrero, siendo trasladada a UCI ya que su estado empeoró a nivel analítico y con fiebre alta. El 14 de febrero realizarían tac observando infiltrados periféricos en lóbulos superiores de los pulmones./ Finalmente determinarían la existencia de infección por *Aspergillus*./ Incomprensiblemente, retirarían la antibioterapia dando lugar en menos de 48 horas a un empeoramiento clínico y (...) fiebre, por lo que quedaría de nuevo ingresada en Medicina Interna. Observarían en punción lumbar que el líquido cefalorraquídeo estaba infectado, trasladando a la paciente a Neurocirugía” del Hospital `Y`. El 14 de marzo ingresa en este hospital “en Traumatología, no siendo intervenida por Neurocirugía en los términos explicados por Medicina Interna del Hospital `X`./ El día 17 de marzo (...) presentaría hemiplejía izquierda y desviación bucal, y a pesar de la sintomatología tan evidente no sospechan (...) ictus, no siendo tratada la real

patología, que se confirmó posteriormente(...). El 8 de abril de 2022 reintervienen a la paciente, durante los siguientes días seguiría deteriorándose en su estado de salud hasta el fallecimiento” el día 25 de abril de 2022.

Sostienen que “es contraria a la *lex artis ad hoc* la actuación” del Servicio de Salud del Principado de Asturias “por los siguientes particulares: 1. Ausencia de prevención de complicaciones (...) en la primera intervención./ 2. Ausencia de tratamiento durante el ingreso y alta inadecuada de la intervención sin sospecha de infección a pesar de los datos clínicos (analíticas) y fisiológicos (supuración de la herida) evidentes./ 3. Atención inadecuada el 23 de diciembre al no sospechar ni tratar la infección./ 4. Error en tratamiento el 30 de diciembre donde persistía la infección, no analizando el cuadro clínico ni realizando pruebas complementarias, llegando a quitar el antibiótico. 5. Ausencia de diagnóstico y tratamiento el 5 de enero a pesar de la persistencia del cuadro./ 6. Retraso en diagnóstico y tratamiento de más de una semana al hacerse caso omiso a las pruebas realizadas el 11 de enero que evidenciaban la presencia de una infección./ 7. Retraso en diagnóstico y tratamiento del síndrome confusional, así como ausencia de diagnóstico y tratamiento del ictus (...). 8. Ausencia de tratamiento inmediato (...) de las complicaciones que venía padeciendo” por parte del Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y”.

Concluyen que “la paciente ha padecido una pérdida de oportunidad terapéutica, primero se le causa una infección, que a pesar de dar signos evidentes no es diagnosticada, ni tratada durante semanas./ Una vez se sospecha, se reitera el retraso más de una semana a pesar de tener una prueba positiva./ Estos retrasos en diagnóstico y tratamiento, hacen que la (...) infección se extienda (...), dando lugar a múltiples complicaciones, que tampoco serían tratadas en tiempo y forma”.

Cuantifican la indemnización que solicitan en ciento un mil cuatrocientos setenta y tres euros con cuarenta y cinco céntimos (101.473,45 €).

2. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 27 de febrero de 2023, el Secretario de la Gerencia del Área Sanitaria VIII le remite una copia

de la historia clínica de la paciente y el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital "X".

En el informe se expone que se trata de una paciente "intervenida el 26-11-2021 (...), durante la liberación del espacio L3-L4 se produce la formación y rotura de un poro en saco dural con fuga de LCR que se repara y sella (...). Se realiza profilaxis antibiótica habitual en estos procedimientos quirúrgicos, preoperatoria y en las primeras 24 horas posoperatorias./ Es valorada el día 27-11-2021 por médico de guardia de Traumatología y de UCI por bradipsiquia, realizándose tac craneal urgente (sin evidencia de patología o alteraciones agudas) e indicándose telemetría por 24 h para descartar arritmias./ Se realiza seguimiento en los días posteriores, se transfunde 1 concentrado hemático por anemia, realizándose control analítico post transfusional (...). Autorizada la deambulación el día 2-12-21 tras colocación de corsé. En esa misma fecha por apreciarse manchado sero-hemático abundante en región distal de la herida quirúrgica se retira un punto para drenar herida y se toman y mandan a estudio (...) 2 muestras (...). Resultado de ambos cultivos (...) negativo (...). Es frecuente que heridas quirúrgicas en este tipo de intervenciones presenten seromas durante un tiempo prolongado (...). Dada la aparente evolución clínica favorable (...), cursa alta hospitalaria el día 21-12-21, con seguimiento ambulatorio (...). El día 23-12-21 (...) acude a Urgencias por sospecha de mala evolución de la herida quirúrgica, se recoge en el informe 'T2 35.6° Herida quirúrgica sin signos de infección. Seroma sin drenaje al exterior'. Es valorada por Traumatología de guardia, es alta con curas y seguimiento en consulta (...), valorada en consulta el día 29-12-21, se retira antibiótico pautado en centro de salud y se indica revisión en 1 semana./ La administración de antibioterapia empírica sin cultivo dirigido o prueba evidente de infección puede enmascarar la evolución clínica y analítica de la paciente, así como causar (...) falsos negativos (...). Es frecuente en este tipo de intervenciones que se desarrollen seromas. El seroma que presentaba la paciente, se recoge en notas que no presentaba signos de complicación externos y había sido drenado durante la estancia hospitalaria posoperatoria y estudiado mediante 3 cultivos con resultado negativo./ Es valorada en consulta el día

5-1-22, se recoge notas de consulta que la paciente se encuentra mejor, deambula, y la exploración de la herida se describe seroma sin signos de infección, no encontrándose bajo tratamiento antibiótico./ Valorada (...) nuevamente el día 19-1-22, se recoge en notas de consulta, buena evolución de la herida quirúrgica, cicatrización completada, referencia a mejoría del control analgésico y dificultad para la deambulacion (...). El mismo día (...) es atendida en Urgencias (...) por síndrome confusional y fiebre (...), iniciándose cobertura antibiótica empírica con amoxiclavulanico./ El día 20-1-22 se realiza tac craneal sin hallazgos relevantes, previo a la (...) punción lumbar que se realiza el día 21-1-22". Ese mismo día se realiza "tac abdomino-pélvico con los siguientes hallazgos: pequeño absceso a nivel del músculo ilíaco izquierdo. Destrucción ósea a nivel de apófisis transversa izquierda de L4./ El resultado del urocultivo tomado el día 19-1-22 (...) es positivo para *Escherichia coli* el día 21-1-22 (...). El día 26-1-23 realiza RMN dorso-lumbar-sacroilíacas con hallazgos de absceso en músculo ilíaco izquierdo y sospecha de osteomielitis sacro ilíaca izquierda. Se toman muestras para realización de 2 hemocultivos con resultados negativos./ Se valoran hallazgos con Servicio de Radiología para la punción guiada por tac de colección en ilíaco izquierdo para toma de muestras para cultivo y ajustar antibioterapia (...) según resultados (...). Se solicita PET-tac para realización en el (Hospital `Y´) el día 9-2-22". De regreso, una vez realizada la prueba en dicho hospital, "desarrolla un deterioro del estado general, siendo valorada por médico de guardia que solicita tac craneal, ECG y analítica urgentes./ Se recoge en notas de curso evolutivo: (...) tac craneal sin hallazgos de interés./ ECG. HBAI, sin cambios respecto a previos./ Analítica: hipofosfatemia grave < 1 (...). Se solicita EEG e interconsulta a servicio de Neurología.

El día 11 de febrero de 2022 fue intervenida de nuevo para "revisión y limpieza de la herida quirúrgica (...), se expuso el campo quirúrgico desde D10 a iliacos, apreciándose en plano subcutáneo liquido compatible con seroma del cual se tomó muestra para cultivo así como de tejidos adyacentes a la instrumentación y de diversos planos. No se encontraron colecciones o material purulento en el resto de musculatura paravertebral lumbar, en los injertos para

artrodesis ni en el material peridural o periimplante./ Se tomaron 11 muestras para cultivo (realizándose PCR bacteriana universal y PCR para (*Mycobacterium tuberculosis*) todos los cultivos y pruebas fueron negativos. Se tomó una muestra para estudio por Anatomía Patológica sin hallazgos relevantes: 'Fragmentos de tejidos blandos con infiltrado inflamatorio mixto y tejido de granulación. No se identifican microorganismos de ninguna extirpe'./ Ingreso en UCI tras intervención, para manejo posoperatorio (...). El día 15-2-22 presentó un empeoramiento del estado neurológico siendo valorada por médico de guardia" de UCI y "de Traumatología, realizándose tac craneal (sin cambios con respecto al previo) y tac toraco-abdominal con contraste (infiltrados pulmonares bilaterales sugestivos de émbolos sépticos, menos probable infiltrados infecciosos de origen broncogénico. Derrame pleural bilateral. Vesícula biliar distendida. Cambios quirúrgicos secundarios a limpieza de artrodesis dorsolumbar con burbujas de aire aumento de partes blandas paraespinal y llamativo enfisema de planos blandos en musculatura paraespinal) (...). El día 9-3-22 se recoge en notas que ante la estabilidad clínica de la paciente y no precisar medidas invasivas de soporte, es alta a planta a cargo de Medicina Interna./ Ante los hallazgos de la RMN dorsal realizada el día 9-3-22" se recoge en notas "del día 11-3-22, que tras solicitar valoración" por Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y", "desestiman el traslado a su cargo tras evaluar el caso, recomendando la extracción del materia del artrodesis y antibioterapia./ Considerando la complejidad del caso y valorando un posible enfoque interdisciplinar, se comunicó el caso" al Servicio de Traumatología del Hospital "Y", "que acepta el traslado".

3. Previa solicitud formulada por el Instructor del procedimiento, el 6 de marzo de 2023 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite copia de la historia clínica de la paciente y el informe del Servicio de Traumatología del Hospital "Y".

En este informe, de 24 de febrero de 2023, se señala que la paciente fue derivada "desde Hospital `X` el 14-3-2022 para ingreso (...) por complicaciones

derivadas de cirugía de columna vertebral el 26-11-2021: absceso postquirúrgico y meningoencefalitis bacteriana”. En la valoración clínica (...) al ingreso en el Hospital “Y” “presentaba un deterioro físico severo (...) y deterioro cognitivo con escasa respuesta a órdenes verbales. La herida quirúrgica presentaba secreción puntiforme a nivel distal sin observarse dehiscencias de la misma./ Desde el inicio del ingreso” en el Servicio de Traumatología fue valorada, además, “por diferentes Servicios médicos (Endocrinología, Medicina Interna, PROA, Neurología, Neurocirugía, UCI y Anestesia), realizándose todas las pruebas complementarias requeridas para el diagnóstico y tratamientos oportunos”.

Puntualiza que “el día 17-3-2022, ante la presencia de un deterioro brusco del nivel de conciencia, se solicita valoración urgente por los Servicios de Medicina Interna, UCI, Neurología. Se solicita tac craneal urgente y se activa Código Ictus intrahospitalario./ El Servicio de Neurología ante la ausencia de defectos de repleción ni alteraciones en la perfusión tras la realización del tac craneal, desactiva el Código Ictus y atribuye la sintomatología (...) a meningoencefalitis bacteriana por *Pseudomonas* secundario a absceso vertebral lumbar sobre material de artrodesis (...). Por tanto, el Código Ictus fue activado inicialmente y una vez realizado el tac craneal y descartada patología vascular fue desactivado por el Servicio de Neurología”.

Concluye el informe indicando que “el Servicio de Neurocirugía determinó en contestación a interconsulta efectuada, que por su parte no precisaba de actitud quirúrgica dado que existía poca probabilidad de presentar fistula de líquido cefalorraquídeo en base a que no presentaba colecciones palpables ni salida al exterior. Refiere una posible actuación en el caso que se encontrase una fistula en el trascurso de la retirada de la instrumentación quirúrgica por parte (de) Traumatología./ El tiempo transcurrido hasta la intervención quirúrgica para la extracción del material de la instrumentación, fue debido a la necesidad de optimizar las condiciones clínicas de la paciente. Precisando medidas terapéuticas para mejorar el alto riesgo que presentaba (alteraciones hidroelectrolíticas graves, desnutrición severa, cuadro de diarrea, etc.)”.

Finalmente el 8 de abril de 2022 es intervenida quirúrgicamente por parte del Servicio de Traumatología para la “retirada del material de la instrumentación vertebral. Durante la intervención no se objetiva ninguna fistula de líquido cefalorraquídeo ni se constatan colecciones o abscesos de aspecto infeccioso. Se toman muestras para cultivo./ En el mismo acto quirúrgico se realiza desbridamiento y cura de úlcera sacra en estadio III./ Desafortunadamente y en base a la gravedad de la enfermedad con severa afectación establecida en el sistema nervioso central y toda la patología concomitante asociada, la paciente fue exitus el día 25-04-2022”.

4. Mediante oficio de 20 de marzo de 2023, la Jefa de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio, el nombramiento de instructor, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Previa solicitud formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios y a instancias del perito de la aseguradora de la Administración, el 6 de julio de 2023, la Secretaria de la Gerencia del Área Sanitaria VIII le remite diversa documentación médica solicitada que no figuraba en la historia clínica.

Al considerar que la documentación recibida es insuficiente, la Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, mediante escrito de 5 de octubre de 2023, cursa una nueva petición para completarla, requerimiento que atiende la Gerencia del Área Sanitaria VIII el día 11 de ese mismo mes.

6. El día 14 de noviembre de 2023, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto por los interesados recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación patrimonial.

7. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 8 de marzo de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Expone que la paciente "presentaba lumbalgia crónica asociada a sintomatología neurológica (...). La indicación quirúrgica fue correcta dado que cumplía con todos los criterios necesarios y no existía ninguna contraindicación quirúrgica:/ Sintomatología limitante de dolor lumbar con irradiación hacia miembros inferiores./ Prueba de imagen con RM que diagnosticaba la estenosis de canal y el desequilibrio sagital de la columna lumbar y unión toracolumbar./ Electromiograma que acreditaba el daño de las raíces nerviosas./ Fracaso del tratamiento conservador correctamente realizado(...). No existió falta del deber de la información (...). Se realizó una técnica quirúrgica correcta por parte del Servicio de Traumatología del Hospital 'X', adecuada y acorde a los conocimientos científicos actuales:/ Se realizó la descompresión lumbar del nivel L3-L4./ Se realizó artrodesis instrumentada larga de D10-iliaco. La instrumentación larga estaba indicada debido a que la paciente presentaba escoliosis degenerativa, fractura vertebral D12 previa y deformidad del plano sagital (...). Se pautó profilaxis antibiótica adecuada./ Se reparó correctamente la rotura de la duramadre que se produjo intraoperatoriamente (...). El seguimiento posoperatorio fue completamente acorde al manejo habitual para este tipo de intervención: (...) reposo en cama (...). Se realizó Rx posoperatoria. (...) comenzó la deambulacion cuando se puso el corsé (...). Queda acreditado que no existían signos ni síntomas de infección previa al día 19-01-2022 por la tarde:/ Varios cultivos microbiológicos negativos de la herida./ La paciente estuvo afebril en todo momento (...), presentaba mejoría del dolor./ Los reactantes de fase aguda descendieron./ La herida cerró completamente sin fistulización./ Incluso en la consulta realizada el día 19-01-2022 por la mañana por parte del Servicio de Traumatología, la paciente no presenta síntomas ni signos de infección.

Continúa refiriendo que "la paciente acude con cuadro de fiebre y síndrome confusional el día 19-01-2022 por la tarde y se diagnosticó síndrome

febril sin foco claro en probable relación infección subaguda quirúrgica con meningitis secundaria en paciente inmunodeprimida (...). La secuencia de tratamiento realizado de la infección (...) fue correcta no existiendo pérdida de oportunidad terapéutica:/ Se trató con antibioterapia empírica de amplio espectro./ Ante persistencia de sintomatología y diagnóstico de espondilodiscitis el 09-02-2022 se decide realizar cirugía de limpieza y desbridamiento quirúrgico sin retirar instrumentación./ Tras cumplir ciclo de tratamiento antibiótico durante 6 semanas (...) se decide suspender antibioterapia”, pero “ante recidiva de sintomatología infecciosa se decide retomar tratamiento antibiótico y nueva cirugía de desbridamiento y extracción del material de artrodesis./ Se sabe que el riesgo de lesión de duramadre intraoperatoria y el riesgo de infección del lecho quirúrgico está descrito en numerosos artículos científicos” y la paciente “firmó el documento de consentimiento informado en tiempo y forma (...), en el que queda detallada la existencia de estos riesgos”.

Concluye el perito que la actuación de “las distintas especialidades médicas fue completamente adecuada, principalmente los especialistas de Medicina Interna e Intensivos quienes han puesto todos los medios diagnósticos y terapéuticos para el intento de curación de la paciente”.

8. Consta, seguidamente, en el expediente un segundo informe pericial librado el 22 de febrero de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por dos especialistas, una en Medicina Interna y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Exponen que “durante la cirugía se produce apertura accidental del saco dural (riesgo descrito en el consentimiento informado firmado por la paciente), que es identificado e inmediatamente reparado, prolongando el tratamiento antibiótico empírico (...). El posoperatorio cursa lento, marcado por la importante dificultad para la movilización de la paciente (...). Se hace vigilancia activa de posible infección, con control clínico, curas de la herida y toma de cultivos repetidos de la herida quirúrgica, que serán negativos (...). Evoluciona con formación de seroma en (...) la herida quirúrgica, colección de líquido claro, sin

signos de complicación o infección local (...). Tras el alta el 21-12-2021, se hace seguimiento periódico en consultas externas por Traumatología y Enfermería, y es valorada en Urgencias por médico de Urgencias y Traumatólogo de guardia, sin objetivar datos que sugieran infección en curso (...). El 19-1-2022 por la tarde, presenta de forma brusca e imprevisible, fiebre y cuadro confusional, por lo que es trasladada a Urgencias del Hospital `X´, donde queda ingresada (...). Con la sospecha de posible infección del sistema nervioso central, se realizan múltiples estudios, entre ellos punción lumbar en la que se obtiene líquido cefalorraquídeo compatible con meningitis, e imagen con posible absceso en músculo psoas ilíaco próxima al lecho quirúrgico, y se instaura tratamiento antibiótico empírico, con mejoría inicial (...), como queda acreditado por la resolución del absceso en el musculo ilíaco, demostrado en tac al citar para su drenaje por Radiología Intervencionista (...). Desarrolla posteriormente cuadro febril persistente con alteraciones analíticas (citopenia, elevación de ferritina...) compatible con síndrome hemofagocítico, que se confirma en biopsia de medula ósea (...), y se pauta tratamiento con corticoides a dosis altas (...). No existe profilaxis eficaz de la infección por *Aspergillus*./ De forma paralela, se realiza amplio estudio microbiológico, serológica, autoinmune, que será negativo (con excepción de los marcadores de la artritis reumatoide conocida) (...). Tras ciclo antibiótico prolongado, en situación de estabilidad clínica, se retira tratamiento antibiótico el 4-3-22 manteniendo la cobertura de *Aspergillus* con voriconazol, con reaparición de la fiebre a las 48 horas; se interpreta como probable foco infeccioso el material de artrodesis y se valora su retirada, por lo que se traslada al Hospital `Y´ (...) el 14-3-2022 (...). El 17-3-2022 presenta episodio de focalidad neurológica (desviación comisura bucal y disminución de fuerza en extremidades izquierdas), por lo que se activa el Código Ictus intrahospitalario, realizándose tac y angiotac craneal que descarta patología vascular, por lo que se desactiva el Código Ictus (...). El 8-4-2022, previa información de alto riesgo quirúrgico, se procede a retirada de material de artrodesis, sin encontrar fuga de líquido cefalorraquídeo, colecciones ni abscesos en toda la longitud del lecho quirúrgico. Se recogen nuevos cultivos, que serán negativos (...). El 25-4-2022

presenta deterioro respiratorio sin respuesta a tratamiento por lo que se decide priorizar medidas de confort, hasta producirse el fallecimiento”.

Concluyen los peritos señalando que “en cada momento de la evolución se han tomado las decisiones clínicas, pedido y realizado las exploraciones complementarias adecuadas y administrado el tratamiento acorde a la *lex artis ad hoc*”.

9. Mediante oficio notificado a los interesados el 7 de junio de 2024, el Instructor del procedimiento les comunica la apertura de trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia de los documentos obrantes en el expediente.

No hay constancia en el expediente de la comparecencia de los interesados en este trámite.

10. El día 11 de julio de 2024 el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “se realizó una técnica quirúrgica correcta por parte del Servicio de Traumatología del Hospital ‘X’, adecuada y acorde a los conocimientos científicos actuales. Se hizo descompresión lumbar del nivel L3-L4, con artrodesis instrumentada larga de D10-iliaco. La instrumentación larga estaba indicada debido a que la paciente presentaba escoliosis degenerativa, fractura vertebral D12 previa y deformidad del plano sagital (...). Se pautó profilaxis antibiótica adecuada y se reparó correctamente la rotura de la duramadre que se produjo intraoperatoriamente”; asimismo, indica que “el tiempo transcurrido hasta la intervención quirúrgica para la extracción del material de la instrumentación, fue debido a la necesidad de optimizar las condiciones clínicas de la paciente”, precisando “medidas terapéuticas para mejorar el alto riesgo que presentaba (alteraciones hidroelectrolíticas graves, desnutrición severa, cuadro de diarrea, etc.)”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de agosto de 2024, 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 Salud, 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 interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 aquí examinado, el escrito inicial de los reclamantes se presenta con fecha 30 de diciembre de 2022 y, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la paciente el día 25 de abril de 2022, es notorio que al interponerse la reclamación no había transcurrido el plazo de un año legalmente determinado, resultando esta tempestiva.

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.

Dicho esto, debemos llamar la atención sobre la circunstancia de en el expediente remitido a este Consejo figura documentación relativa a una tercera persona ajena al procedimiento de referencia (carpeta “cd pág. 23”) y en la que constan datos personales dignos de especial protección (relativos a la salud); en tal tesitura, tal y como ya indicamos en el Dictamen Núm. 254/2023, no cabe soslayar el inconveniente que ello puede suponer si al otorgar el trámite de audiencia a los interesados se les permitiese acceder -en el caso de que figurase en la relación de documentos que se les traslada- a dicha información, contraviniendo lo prevenido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

En otro orden cosas, 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 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 referida Ley.

Por último, de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, por lo que deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por los por los daños derivados del fallecimiento de su familiar que atribuyen a una atención que habría resultado contraria a la *lex artis ad hoc* y deparado una pérdida de oportunidad terapéutica para la paciente.

Constando el óbito de la paciente, queda acreditada la efectividad de un daño; no obstante, hemos de reparar en que 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 automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquél se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que no existiera el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado 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 dispensado 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, 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 un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es

desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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.

En el supuesto analizado, los interesados mantienen que la actuación del servicio público sanitario resultó “contraria a la *lex artis ad hoc*” y que la paciente “ha padecido una pérdida de oportunidad terapéutica”, por los siguientes motivos: no se habrían previsto las “complicaciones que se materializaron en la primera intervención”; no se habría detectado ni tratado adecuadamente la infección, llegándose “a quitar el antibiótico”; se habría producido un “retraso en el diagnóstico y tratamiento del síndrome confusional y del ictus que presentaba” y se habría evidenciado una “ausencia de tratamiento inmediato por Neurocirugía (...) de las complicaciones que venía padeciendo”.

Vista la posición de quienes reclaman, procede ahondar en la restante documentación que figura en el expediente.

El informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital “X”, además del puntual detalle de las razones que condujeron a la resolver la intervención quirúrgica y una profusa descripción de la atención posoperatoria prestada a la paciente, señala, por lo que aquí interesa, que los “resultados de ambos cultivos de exudado de herida quirúrgica tomados el día 2 de diciembre de 2021” arrojaron un “resultado negativo informado el día 6 de diciembre de 2021”, que “por la persistencia de drenaje a nivel de la herida quirúrgica se toma una nueva muestra para cultivo el día 8 de diciembre de 2021, con resultado negativo informado el día 10 de diciembre de 2021” y que “los cultivos tomados del drenaje de la herida quirúrgica en los siguientes días de posoperatorio son tomados sin estar administrándose tratamiento antibiótico que pueda negativizar los resultados, dando lugar a falsos negativos”. Por otra parte, indica que la paciente “es valorada en consulta el día 29 de diciembre de 2021, se retira antibiótico pautado en centro de salud y se indica revisión en una semana” y que “la administración de antibioterapia empírica sin cultivo dirigido o prueba

evidente de infección puede enmascarar la evolución clínica y analítica de la paciente, así como causar resultados falsos negativos en nuevas tomas de muestras para cultivo. Es frecuente en este tipo de intervenciones que se desarrollen seromas. El (...) que presentaba la paciente se recoge en notas” que no manifestaba “signos de complicación externos y había sido drenado durante la estancia hospitalaria posoperatoria y estudiado mediante tres cultivos con resultados negativos”.

El informe del Servicio de Traumatología del Hospital “Y” señala que la paciente presentaba, en la valoración clínica efectuada a su ingreso, “un deterioro físico severo en forma de postración, soporte nutricional, hiponatremia grave con SIADH, sarcopenia, paraparesia de miembros inferiores, úlcera sacra por decúbito en región sacra y deterioro cognitivo con escasa respuesta a órdenes verbales” y que “fue valorada por diferentes servicios médicos (Endocrinología, Medicina Interna, PROA, Neurología, Neurocirugía, UCI y Anestesia), realizándose todas las pruebas complementarias requeridas para el diagnóstico y tratamientos oportunos según las necesidades en cada momento”; asimismo, refiere que, el día 17 de marzo de 2022, ante la presencia de un deterioro brusco del nivel de conciencia, “el Código Ictus fue activado inicialmente y una vez realizado el tac craneal y descartada patología vascular fue desactivado por el Servicio de Neurología”, desde donde se indicó que “por su parte no precisaba de actitud quirúrgica dado que existía poca probabilidad de presentar fistula de líquido cefalorraquídeo en base a que no presentaba colecciones palpables ni salida al exterior”. Finalmente, en relación con la intervención quirúrgica efectuada por Traumatología, el día 8 de abril de 2022, para la extracción del material de la instrumentación -y tras advertir que el “tiempo transcurrido hasta la intervención quirúrgica, fue debido a la necesidad de optimizar las condiciones clínicas de la paciente”, precisando medidas terapéuticas para “mejorar el alto riesgo que presentaba (alteraciones hidroelectrolíticas graves, desnutrición severa, cuadro de diarrea, etc.)”- indica que “durante la intervención no se objetiva ninguna fistula de líquido cefalorraquídeo ni se constatan colecciones o abscesos de aspecto infeccioso” y

que “desafortunadamente y en base a la gravedad de la enfermedad con severa afectación establecida en el sistema nervioso central y toda la patología concomitante asociada, la paciente fue exitus”.

La pericial incorporada a instancias de la compañía aseguradora de la Administración y suscrita por un por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, tras una detallada argumentación y advirtiendo que la paciente fue cumplidamente informada de la cirugía que se iba a practicar y sus potenciales complicaciones, sostiene que “se realizó una técnica quirúrgica correcta por parte del Servicio de Traumatología del Hospital “X”, adecuada y acorde a los conocimientos científicos actuales”, que “se pautó profilaxis antibiótica adecuada”, que “se reparó correctamente la rotura de la duramadre que se produjo intraoperatoriamente” y que “el seguimiento posoperatorio fue completamente acorde al manejo habitual para este tipo de intervención”. Asimismo, y también tras un profuso juicio argumentativo, señala que “la secuencia de tratamiento realizado de la infección diagnosticada el 19 de enero de 2022 fue correcta no existiendo pérdida de oportunidad terapéutica”.

En la segunda pericial incorporada a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, elaborada por una especialista en Medicina Interna y un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, se indica que se trata de “una paciente pluripatológica con inmunosupresión farmacológica por el tratamiento con metotrexate y corticoides a dosis altas que recibía para su artritis reumatoide” que “se somete a artrodesis muy extensa (D10 a S1)” y que “durante la cirugía se produce apertura accidental del saco dural (riesgo descrito en el consentimiento informado firmado por la paciente), que es identificado e inmediatamente reparado, prolongando el tratamiento antibiótico empírico”; asimismo, refiere que “el posoperatorio cursa lento, marcado por la importante dificultad para la movilización de la paciente”, que “se hace vigilancia activa de posible infección, con control clínico, curas de la herida y toma de cultivos repetidos de la herida quirúrgica, que serán negativos” y que “evoluciona con formación de seroma en la parte inferior de la herida quirúrgica, colección de líquido claro, sin signos de complicación o infección local”.

Seguidamente, exponen sus autores que, tras el alta del día 21 de diciembre de 2021, “se hace seguimiento periódico en consultas externas por Traumatología y Enfermería, y es valorada en Urgencias por médico de Urgencias y Traumatólogo de guardia, sin objetivar datos que sugieran infección en curso” y que cuando, el día 19 de enero de 2022, “presenta, de forma brusca e imprevisible, fiebre y cuadro confusional” es trasladada a Urgencias del “X”, donde “se realizan múltiples estudios (...) y se instaura tratamiento antibiótico empírico, con mejoría inicial”, si bien “desarrolla posteriormente cuadro febril persistente con alteraciones analíticas (citopenia, elevación de ferritina...) compatible con síndrome hemofagocítico, que se confirma en biopsia de medula ósea (...), se pauta tratamiento con corticoides a dosis altas” y “profilaxis antibiótica”. En relación con el episodio de focalidad neurológica (desviación comisura bucal y disminución de fuerza en extremidades izquierdas) del día 17 de marzo de 2022, subrayan que “se activa el Código Ictus intrahospitalario, realizándose tac y angiotac craneal que descarta patología vascular, por lo que se desactiva el Código Ictus” y en cuanto a la intervención de alto riesgo del día 8 de abril de 2022 señalan que no se encuentran “fuga de líquido cefalorraquídeo, colecciones ni abscesos en toda la longitud del lecho quirúrgico” y que “se recogen nuevos cultivos, que serán negativos”.

Por último, la propuesta de resolución, que se posiciona en sentido desestimatorio, mantiene que “se realizó una técnica quirúrgica correcta por parte del Servicio de Traumatología del Hospital “X”, adecuada y acorde a los conocimientos científicos actuales”, que “la instrumentación larga estaba indicada debido a que la paciente presentaba escoliosis degenerativa, fractura vertebral D12 previa y deformidad del plano sagital (espalda plana lumbar por pérdida de lordosis lumbar)” y que “se pautó profilaxis antibiótica adecuada y se reparó correctamente la rotura de la duramadre que se produjo intraoperatoriamente”.

Planteada en tales términos la controversia, es preciso puntualizar previamente que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos

típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otros términos, y como venimos señalando de forma constante, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido al formularse la reclamación (por todos, Dictamen Núm. 269/2023). Tal como expresa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 16 de marzo de 2009 -ECLI:ES:TSJAS:2009:1386- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), el juicio que debe efectuarse no es el juicio *ex post*, una vez conocido todo el desarrollo posterior, sino un juicio *ex ante* para, en función de los datos y circunstancias conocidas en ese momento, saber si la decisión fue o no correcta. Asimismo, tampoco cabe soslayar que la medicina no es una ciencia exacta y la mera corrección técnica en el desempeño no conlleva, en todo caso, un resultado exitoso, puesto que existe siempre un factor de imprevisibilidad, cual es la diferente reacción que diversos pacientes pueden tener ante idéntico tratamiento (por todos, Dictámenes Núm. 274/2021 y 119/2022).

En otro orden de cosas, procede también advertir que, correspondiendo a quien reclama la prueba de sus alegaciones, los interesados no han desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna, por lo que el único sustento de las afirmaciones que vierten radica en su particular interpretación de los hechos. En tales circunstancias, y dado que este Consejo únicamente puede formar su convicción con base en los datos obrantes en el expediente, nos vemos compelidos a abordar las cuestiones de índole técnica a tenor de la documentación médica incorporada por la Administración y su aseguradora.

Sentado lo anterior, cabe descender al fondo de la cuestión.

En primer lugar, resulta hartamente complicado admitir una falta de previsión de las complicaciones materializadas en la primera intervención como sostienen los reclamantes, teniendo en cuenta que en el consentimiento informado para la instrumentación y artrodesis vertebral (convenientemente firmado por la

paciente), figuran como riesgos típicos la “rotura de la duramadre y pérdida de líquido cefalorraquídeo”, la “infección de la herida quirúrgica superficial o profunda” o la “lesión medular o de raíces nerviosas con secuelas neurológicas motoras (parálisis o disminución de fuerza), sensitivas (pérdida o alteración de la sensibilidad), pérdida de control de esfínteres o impotencia”, de forma tal que debiendo constar tales extremos a la paciente difícilmente habrían de pasar desapercibidos o no ser previstos por parte de los especialistas que llevaron a cabo la intervención. También es notorio que la comprometida situación de la paciente era conocida por quienes la atendieron en aquel momento, puesto que consta en la historia clínica que se trataba de una paciente pluripatológica (entre los antecedentes figuran la artritis reumatoide, la hipercolesterolemia y el síndrome ansioso-depresivo; asimismo, constan intervenciones quirúrgicas relativas a prótesis de cadera derecha, ooforectomía derecha, histeroscopia diagnóstica, drenaje de absceso glúteo, microcirugía laríngea y apendicectomía) y con inmunosupresión farmacológica derivada del tratamiento que recibía para su artritis reumatoide. Por otro lado, la documentación incorporada al expediente deja meridianamente claros tanto la procedencia de la cirugía practicada -extremo que no cuestionan los reclamantes- como el que se reparó correctamente la rotura intraoperatoria de la duramadre (riesgo típico asociado a la cirugía practicada, sobre la que ni los reclamantes ni la documentación clínica ni los informes médicos alcanzan a proyectar sombra alguna de mala praxis), administrándose antibioterapia empírica de amplio espectro y que el seguimiento posoperatorio fue acorde a la *lex artis*.

En segundo lugar, en relación con la detección y tratamiento de la infección -partiendo siempre de que no resultaba desconocido (pues así se extrae de la historia clínica) que se trataba de una paciente con inmunosupresión farmacológica por el tratamiento con metotrexato y corticoides “a dosis altas”-, las periciales coinciden en que, tras la intervención practicada por Traumatología, “se pautó profilaxis antibiótica adecuada”, que durante el posoperatorio “se hace vigilancia activa de posible infección, con control clínico, curas de la herida y toma de cultivos repetidos de la herida quirúrgica, que serán

negativos” y que la paciente “evoluciona (...) sin signos de complicación o infección local”; en este sentido, una de dichas periciales refiere que, tras el alta del día 21 de diciembre de 2021, “se hace seguimiento periódico en consultas externas por Traumatología y Enfermería, y es valorada en Urgencias por médico de Urgencias y Traumatólogo de guardia, sin objetivar datos que sugieran infección en curso”, siendo el día 19 de enero de 2022 cuando se “presenta, de forma brusca e imprevisible, fiebre y cuadro confusional”. En tal tesitura, todo apunta hacia que no existió un descuido ni falta de seguimiento en la detección de la infección (teniendo también en cuenta que, como indica la pericial suscrita por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, “la infección de sitio operatorio en cirugía instrumentada de columna puede ocurrir en cualquier momento, incluso años después de la intervención, pudiendo desembocar en meningitis bacteriana”), sino que esta se constató una vez manifestada -evidentemente, como consecuencia de un seguimiento continuo-, aplicándose en ese momento todos los medios adecuados para afrontarla. Llegados a este punto, procede traer a colación lo ya indicado en líneas precedentes, acerca de que es la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios y que la mera corrección técnica en el desempeño la de labor por parte de los facultativos no conlleva automáticamente un resultado exitoso, puesto que este siempre depende de la reacción de la paciente ante tratamiento dispensado y que el caso que nos ocupa no fue, a todas luces, el pretendido.

En tercer lugar, acerca de un retraso en el diagnóstico y tratamiento de un eventual ictus, el informe del Servicio de Traumatología señala que “el día 17 de marzo de 2022, ante la presencia de un deterioro brusco del nivel de conciencia, se solicita valoración urgente por los Servicios de Medicina Interna, UCI, Neurología”, se solicita tac craneal con carácter urgente y “se activa Código Ictus intrahospitalario”, siendo el Servicio de Neurología, tras la realización del tac craneal y ante la ausencia de defectos de repleción o alteraciones en la perfusión, el que desactiva el Código Ictus y atribuye la sintomatología a “meningoencefalitis bacteriana por *Pseudomona* secundario a absceso vertebral lumbar sobre material de artrodesis; aracnoiditis severa por compromiso de

vasos corticales secundaria que está desarrollando cuadros focales múltiples (plejía, paresias, estereotipias, hemianopsia, afasia, etc.); dudoso proceso epiléptico secundario (se inicia tratamiento con Levitiracetam) y paraplejía hipotónica altamente sugerente de afectación de cauda equina”. Así pues, a tenor de la información médica suministrada, este sería el único incidente que pudo hacer sospechar clínicamente un episodio de ictus y es notorio tanto que en tales circunstancias se activó el Código Ictus intrahospitalario como que este se desactivó por el Servicio de Neurología únicamente tras el oportuno tac craneal y una vez descartada patología vascular.

En cuarto lugar, por lo que atañe a la intervención del Servicio de Neurocirugía, y a la vista de lo ya referido anteriormente, no se ha alcanzado a determinar ni a probar a qué punto concreto de su actuación cupiese reprochar mala praxis.

Finalmente, en relación con el lapso de tiempo transcurrido hasta que se procede a la intervención quirúrgica -llevada a cabo el día 8 de abril de 2022, por parte del Servicio de Traumatología- para la extracción del material de la instrumentación, la documentación obrante pone de manifiesto que se debió a la necesidad de optimizar las condiciones de una paciente que precisó medidas terapéuticas para mejorar el alto riesgo que presentaba.

En definitiva, de la documentación e informes obrantes en el expediente -en ningún momento desvirtuados por los reclamantes, quienes ni han acudido al derecho que la ley le confiere para presentar pericias ni han cuestionado las consideraciones de los diversos informes médicos, resolviendo no comparecer en el trámite de audiencia- se desprende que la paciente, con una clínica pluripatológica y comprometida, fue convenientemente informada acerca de los potenciales riesgos que presentaba la intervención quirúrgica, a la que voluntariamente se sometió, y en cuyo desarrollo no ha quedado evidenciada mala praxis, siendo el daño producido una indeseable y lamentable materialización de aquéllos, pero sin que quepa vislumbrar responsabilidad alguna de un servicio público sanitario que ha puesto todos los medios diagnósticos y terapéuticos a su alcance en el infructuoso intento de curación, no

pudiendo tampoco apreciarse pérdida de oportunidad alguna. Por tales motivos, la reclamación presentada no puede prosperar.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo del presente dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por #reclamante#.”

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.