

Expediente Núm. 138/2007
Dictamen Núm. 7/2008

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 31 de enero de 2008, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 11 de junio de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña, como consecuencia de los daños y perjuicios que imputa o bien a la atención sanitaria dispensada en un centro público sanitario o bien a la prestada en un centro privado concertado.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de julio de 2006, la interesada presenta en la oficina de Correos de una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de una discitis cuyo origen imputa a las infiltraciones analgésicas epidurales practicadas en el Hospital “X” o a la anestesia raquídea que se le suministró en la Clínica “A” para una intervención de varices.

Inicia la reclamante el relato de los hechos indicando que “con fecha 19 y 21 de abril de 2004 (...) se le realizaron dos infiltraciones epidurales por ciatalgia derecha en el Hospital ‘X’./ El día 6 de mayo, y derivada desde el Hospital ‘X’, fue intervenida de varices con anestesia raquídea en la Clínica ‘A’./ Con posterioridad, acude el día 7 de junio de 2004 al Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’ por intenso dolor lumbar que irradia a muslo izquierdo (...), se le receta tratamiento farmacológico y se le da cita para el traumatólogo”.

Continúa señalando que “ante el aumento de los dolores acude nuevamente, dos días después, al Servicio de Urgencias, donde deciden su ingreso (...). El día 10 de junio se le realiza únicamente una analítica, ya que el equipo de traumatología que la atendía decide suspender la solicitud de RNM lumbar solicitada la noche anterior por el traumatólogo de guardia, manteniendo el diagnóstico de lumbociática secundaria a artrosis lumbar./ Desde el día de su ingreso hasta el día 29 del mismo mes (...) no se le realiza ninguna otra prueba (...), manteniéndola con tratamiento farmacológico, llegando a decir personal de enfermería que “eran mimos por parte de la paciente”.

Manifiesta que “finalmente, ante el continuo empeoramiento y la insistencia familiar, con fecha 29 de junio se le practica la RNM que se le había denegado./ Tras varios días de espera y continuo empeoramiento (...), y tras realizarle diversas pruebas consistentes entre otras en analíticas, ecografía y TAC y previa consulta a la Sección de Infecciosos, se le diagnostica discitis L-4 L-5 por estafilococo epidermidis, reconociendo la doctora ante la hija de la paciente, que la infección llegó por anestesia raquídea y que a la vista del resultado “quizás se demoraron un poco en el tratamiento”./ Durante los 21 días siguientes (...) permanece postrada en la cama, teniendo que estar continuamente acompañada de un familiar. Con fecha 23 de julio inicia una breve deambulación con corsé anatómico y andador, con gran dificultad y dolor al tener la musculatura atrofiada./ Con fecha 4 de agosto se le realiza una radiografía en la que se observa rarefacción en platillo superior de L-5 manteniéndose el espacio discal. (...) continúa con fuertes dolores pese al tratamiento, y tras 60 días de ingreso hospitalario, es vista por el Servicio de

Psiquiatría para tratamiento domiciliario por ansiedad posthospitalización, dándole el alta el día 13 de agosto de 2004 con necesidad de utilizar faja lumbostática durante dos meses y dos muletas para caminar, dándole cita para el 14 de septiembre”.

Añade que “una vez dada de alta, tiene que ser atendida nuevamente en varias ocasiones:/ El día 15 de agosto los dolores se agravan, sufre temblores y taquicardias, por lo cual una vez atendida por el médico de cabecera le suspende el tratamiento puesto por el psiquiatra y lo sustituye por Transilium./ Una semana después del alta tiene que acudir a Urgencias nuevamente por los dolores que sufría (...). En días posteriores se decide por el médico de cabecera la implantación temporal de una palomilla para evitar tener que pinchar a la paciente con tanta frecuencia”.

Menciona que “los días 14 de septiembre y 14 de octubre (...) acude a revisión al Servicio de Traumatología de consultas externas del Hospital ‘X’, observándose en el mes de septiembre la desaparición del disco entre L-4 y L-5 por la acción del estafilococo epidermidis, explicándole a la paciente que el estafilococo epidermidis se encuentra en estado latente, y en el mes de octubre ante la falta de mejoría se continúa con el mismo tratamiento manteniéndole el uso del corsé./ El día 16 de noviembre se le realiza una radiografía y se observa que el espacio entre las vértebras ha solidificado, creyéndose oportuno enviar a la paciente a rehabilitación, haciendo constar en la solicitud que se trata de una paciente con discitis infecciosa L-4 (y) L-5 por anestesia raquídea (...). El 25 de noviembre acude a consulta de Rehabilitación, donde tras el estudio del historial se le explica la dificultad de su rehabilitación, iniciándose las sesiones el día 13 de diciembre, el 17 de enero, tras verificar que no avanza y persistiendo los dolores, se le cambia el tratamiento, prolongándose las sesiones de rehabilitación y planteándose su remisión a la Unidad del Dolor”.

Sostiene que “en la actualidad (...) no ha experimentado mejoría alguna, padeciendo constantes dolores, con episodios de agravación de los mismos; con una muy limitada capacidad de movimiento, ya que está impedida para subir escaleras, así como para realizar las actividades más esenciales de su vida diaria, tales como asearse, vestirse, etc. No pudiendo ni realizar las tareas del

hogar, lo que le obliga a residir con una de sus hijas para poder ser atendida ya que tiene que caminar con muleta”, a lo que añade que “está pendiente, por una parte, de una posible decisión de operación en la columna que solucionase su problema, no poniéndose de acuerdo los diversos servicios médicos sobre su oportunidad o conveniencia y de diversos tratamientos paliativos del dolor, como el de infiltración de botulismo”.

Considera que los daños sufridos son consecuencia o bien de la “infiltración epidural a la que fue sometida los días 19 y 20 de abril en el Hospital ‘X’ o bien debido a una anestesia raquídea que se le suministró el día 6 de mayo cuando fue intervenida de varices en la Clínica ‘A’ y que desemboca en una infección del disco lumbar por estafilococo epidermidis, todo ello agravado por un continuado e insistente abandono por parte de los médicos que la atendieron, entre los que incluimos la no realización de las pruebas más elementales para intentar descubrir el motivo de su males, entre las que tenemos que señalar la falta del pertinente tratamiento antibiótico durante tantos días y achacándolo todo a un exceso de mimos por parte de la paciente”, y afirma que como consecuencia del defectuoso funcionamiento del servicio sanitario ha sufrido una “larga convalecencia (más de dos años con varios periodos de ingreso hospitalario)” y “fuertes dolores”. Reitera, asimismo, que se encuentra en la actualidad “impedida y dependiendo para todo de terceras personas”.

Indica que “por estos hechos se formuló denuncia ante el Juzgado incoándose diligencias previas ante el Juzgado de 1.^a Instancia de Langreo, que posteriormente se inhibió al Juzgado de Instrucción N.º 2 de Oviedo, habiéndose acordado su archivo provisional por Auto de la Sección Tercera de la Audiencia Provincial de Oviedo de nueve de mayo de dos mil seis./ Se acompaña copia de dicha resolución en (la) que se considera la no existencia de indicios de responsabilidad penal./ En dichas diligencias, el (...) médico forense adscrito al Juzgado de Langreo emite informe el 26 de enero de 2006, en el que se determinan las secuelas definitivas que sufre quien suscribe y que concreta literalmente en la forma siguiente: / ` lumbalgia muy severa que obliga en la actualidad a tratamiento con derivados opiáceos y el uso de 2 bastones

ingleses para la deambulaci3n, siendo 3sta muy dificultosa. Asimismo presenta una dependencia de terceras personas para cualquier quehacer (incluyendo aseo y vestirse)./ Anemia de etiolog3a no filiada pero que podr3a ser debido a la medicaci3n que toma (...). S3ndrome depresivo importante en tratamiento 3”.

Por los da3os y perjuicios sufridos solicita una indemnizaci3n por importe total de doscientos noventa mil seiscientos sesenta y nueve euros (290.669 €) (sic), que desglosa de la siguiente manera: 27.359,30 euros por “limitaci3n de la movilidad de la columna tor3cico lumbar y trastorno depresivo reactivo”; 150.436 euros, en concepto de “lesi3n permanente absoluta, la cual tiene como condici3n unas secuelas que inhabiliten al incapacitado para la realizaci3n de cualquier ocupaci3n o actividad”; 112.847 euros, por “perjuicios morales familiares (recordamos que su hija tiene que estar de forma constante asisti3ndola)”. Cantidad a la que habr3a que a3adir “los intereses legales”.

Propone como prueba la documental, a cuyo efecto acompa3a a su escrito, entre otros, los siguientes documentos:

a) Informe del 3rea de Urgencias de Traumatolog3a del Hospital ‘X’, fechado el 7 de junio de 2004.

b) Informe de alta del Servicio de Traumatolog3a del Hospital ‘X’, de fecha 13 de agosto de 2004, correspondiente al ingreso de la paciente el 9 de junio de 2004.

c) Solicitud de cita a consultas externas del Servicio de Rehabilitaci3n del Hospital ‘X’, cursada por el Servicio de Traumatolog3a del mismo hospital con fecha 16 de noviembre de 2004. En ella consta “paciente con discitis infecciosa L4-L5 por anestesia raqu3dea”.

d) Auto de la Secci3n N. de la Audiencia Provincial, de 9 de mayo de 2006, por el que se acuerda el sobreseimiento provisional y el archivo de las actuaciones.

e) Informe m3dico forense, de fecha 26 de enero de 2006.

2. Con fecha 2 de agosto de 2006, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) remite al Servicio de Inspecci3n Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante

Servicio de Inspección Sanitaria) la reclamación presentada.

3. Mediante escrito notificado el día 16 de agosto de 2006, el Servicio instructor comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio. Asimismo, le indica que “transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud de indemnización”.

4. Mediante escrito de fecha 11 de agosto de 2006, el Jefe del Servicio instructor solicita a la Dirección Gerencia del Hospital “X” y a la Gerencia de la Clínica “A” la remisión de la historia clínica de la interesada y de los informes de los responsables de los Servicios afectados.

5. Con fechas 21 y 29 de agosto de 2006, respectivamente, la Clínica “A” y la Dirección Médica del Hospital ‘X’ remiten al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la paciente.

6. El día 31 de agosto de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Juzgado de Instrucción N.º 2 de Oviedo copia del auto recaído en el “Procedimiento Abreviado número” y del “informe forense, si lo hubiere”.

7. Con fecha 1 de septiembre de 2006, el Jefe del Servicio instructor dirige una nueva comunicación a la Gerencia de la Clínica “A” en la que indica que “la reclamante fundamenta su solicitud de indemnización en la existencia de una discitis L4-L5 por estafilococo epidermidis, que considera pudo ser ocasionada por una anestesia epidural realizada en ese centro, con motivo de una intervención quirúrgica realizada el día 6 de 2004 (*sic*)”, y solicita la remisión de un “informe del Servicio responsable de la asistencia (Anestesia)”.

8. Con fecha 18 de septiembre de 2006, el Gerente de la Clínica "A" remite al Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria el informe emitido, ese mismo día, por el médico anestesista que intervino en la operación de varices practicada a la interesada el día 6 de mayo de 2004. Afirma el autor del informe que "en dicha operación practiqué anestesia intradural, siguiendo el protocolo establecido para la misma, previa ducha de la paciente, esterilización de la zona (...), así como utilización de material estéril, transcurriendo la operación con total normalidad".

9. El día 25 de septiembre de 2006 el Director Médico del Hospital "X" remite al Jefe del Servicio instructor un informe, suscrito el 14 de septiembre de 2006 por el especialista en Anestesiología y Reanimación, que atendió a la paciente en relación con la asistencia prestada. En él señala que la reclamante "fue valorada en consulta preanestésica de fecha 15-04-2004, sin objetivarse nada que contraindicara la técnica propuesta (infiltración epidural lumbar terapéutica)" y que en fecha "19-04-2004 es sometida con técnica aséptica a una infiltración epidural lumbar, según los protocolos establecidos en el Servicio de Anestesia y aprobados por la Dirección del Hospital, sin ninguna incidencia", a lo que añade que "dos días después fue valorada por mí (...), refiriendo (...) `estar muy contenta con la mejoría´ (...), por lo que se le administra la segunda dosis epidural y se retira el catéter, proporcionando a la paciente una citación para acudir a la consulta de su traumatólogo para seguir tratándose de su proceso./ A partir de este momento esta paciente no tuvo ninguna relación profesional con el Servicio de Anestesia de este centro".

10. Con fecha 13 de octubre de 2006, el Secretario del Juzgado de Instrucción N.º 2 de Oviedo remite al Servicio instructor copia del Auto dictado, el 9 de mayo de 2006, por la Sección N.3 de la Audiencia Provincial en la Diligencias Previas n.º y del informe médico forense, fechado el "04 de mayo (...) de 2005", en el que consta que la perjudicada "sufre una grave infección (de tipo hospitalario o nosocomial) a raíz de manipulación en vértebras".

11. Con fecha 24 de octubre de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que analiza la actuación de la Administración sanitaria.

En él se señala que la paciente es “una mujer de 71 años de edad en el momento del hecho causante con antecedente de obesidad, dolor en el miembro inferior derecho de seis meses de evolución, tratado por su médico de familia como una neuropatía. Remitida a Traumatología del (Hospital ‘X’), se practicaron radiografías lumbares y una RNM que evidenciaron una espondiloartrosis lumbar con protusiones discales múltiples y estenosis del canal espinal, siendo derivada al Servicio de Anestesia para infiltración epidural./ Al mismo tiempo, procedente de la lista de espera quirúrgica del citado hospital, el día 14-04-2004 acudió a consulta de Cirugía Vasculuar a un centro concertado (Clínica ‘A’) por varices recidivantes en miembro inferior derecho y varices postflebíticas en miembro inferior izquierdo./ El 19-04-2004, previa firma de los documentos de consentimiento informado y de los estudios pertinentes que no desaconsejaron el procedimiento, la reclamante fue sometida, en régimen ambulatorio, a una infiltración epidural (...). Al cabo de dos días, al constatar una importante mejoría, se realizó una segunda infiltración, procediéndose a la retirada del catéter y se le dio cita para Traumatología./ El 06-05-2004, previa realización de los estudios preoperatorios que fueron normales, fue intervenida de varices bajo anestesia raquídea en la Clínica ‘A’, causando alta hospitalaria ese mismo día. Se hace constar una evolución favorable en una revisión efectuada el día 26-05-2004./ El 11-05-2004 la reclamante acudió a la consulta externa del Servicio de Traumatología del (Hospital ‘X’) refiriendo dolor lumbar, con antecedente de intervención de varices con anestesia epidural./ El 09-06-04 la reclamante acudió al Servicio de Urgencias del (Hospital ‘X’) por intenso dolor lumbar con irradiación al muslo izquierdo de doce días de evolución. Ingresada en Traumatología, se intentaron diferentes tratamientos sin mejoría. Se solicitó una consulta a Neurología y una RNM, que fue informada como proceso inflamatorio a nivel L4-L5, compatible con discitis. Se realizaron TAC y ecografía que no mostraron colecciones paravertebrales. Los estudios analíticos evidenciaron una alteración de los

reactantes de fase aguda, por lo que se solicitó interconsulta con la Unidad de Infecciosas. Tras los correspondientes cultivos se llegó al diagnóstico de discitis por estafilococo epidermidis, instaurando tratamiento antibiótico específico. A partir del 23-07-2004 inició deambulación con corsé. En una radiografía efectuada días más tarde aparecía una rarefacción en platillo superior de L5 con mantenimiento del espacio discal. Fue dada de alta el 13-08-2004 presentando dolores discontinuos en relación con la deambulación./ Posteriormente la paciente siguió controles periódicos en consultas externas de Traumatología y realizó tratamiento rehabilitador en el (Hospital 'X') con escasa respuesta, por lo que fue derivada a la Unidad del Dolor del Hospital 'Y' para recibir tratamiento antiálgico, estando al mismo tiempo bajo control de la Unidad de Cuidados Paliativos del (Hospital 'X')".

Se recogen en el citado informe las siguientes conclusiones: "1. Se administraron a la reclamante en el (Hospital 'X') dos infiltraciones epidurales terapéuticas a nivel lumbar, realizadas en condiciones de asepsia./ 2. La paciente, bajo anestesia intradural realizada en condiciones de asepsia, fue intervenida de varices en un centro concertado, siendo la evolución (...) satisfactoria, por lo que causó alta con la misma fecha. En la revisión posterior no se hace ninguna referencia a ningún cuadro de lumbalgia instaurado los días previos./ 3. La discitis infecciosa del disco L4-L5 (...) fue tratada de manera correcta pese a lo cual la paciente sufre actualmente unas secuelas que la limitan seriamente para las actividades de la vida diaria./ 4. Las instrumentaciones de la columna vertebral que el médico forense señala como potencialmente responsables del proceso infeccioso descrito, no fueron tales en este supuesto. Efectivamente, existen abundantes referencias en la literatura médica de la discitis, como complicación de la cirugía de la columna vertebral (...). Pero en el caso que nos ocupa, la reclamante no fue sometida ni a instrumentación ni a intervención de columna algunas (...). 5. La discitis no está contemplada entre los riesgos típicos de estos procedimientos, ni en la bibliografía consultada se recoge esta complicación, y esto se debe a que desde el punto de vista anatómico y topográfico resulta bastante improbable que en el curso de estos procedimientos pueda llegarse al disco intervertebral. Por otra

parte, el que dichas técnicas se realizaran con las debidas condiciones de asepsia lo confirma el hecho de que no se haya materializado (...) ninguno de los riesgos infecciosos típicos de las mismas, recogidos en el documento de consentimiento informado./ 6. En la patogenia de la discitis (...) no puede descartarse su contaminación a distancia por vía hematógica./ En conclusión, los procedimientos anestésicos empleados en el tratamiento de esta paciente se encontraban indicados y se realizaron con las debidas condiciones de asepsia, es decir, los profesionales que los efectuaron actuaron de forma correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc* (...). No ha quedado acreditado que las secuelas que actualmente presenta la reclamante se deriven de los procedimientos anestésicos empleados (...). Existen, por contra, otros mecanismos patogénicos implicados en la producción de esta entidad que deben ser tenidos en cuenta". Consecuentemente, propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

12. Con fecha 27 de octubre de 2006, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA y a la Clínica "A" y del expediente a la correduría de seguros.

13. El día 20 de diciembre de 2006, el Jefe del Servicio instructor solicita a la Gerencia de la Clínica "A" la remisión de una "copia del documento de consentimiento informado para el procedimiento anestésico".

14. El día 11 de diciembre de 2006 se emite informe médico, suscrito colegiadamente por tres especialistas en Traumatología y Ortopedia, constanding en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía aseguradora.

Se señala en él que la discitis "es una inflamación aguda del disco intervertebral generalmente por una infección, se caracteriza por dolor lumbar (...). La etiología por actuación algo-anestésica peridural es excepcional, pero existen algunos casos publicados, como secundarios a la anestesia peridural, básicamente en ginecología./ La infección directa, salvo en el contacto directo

con el disco como en la cirugía o discografía, no puede ser contemplada, si tenemos en cuenta que en este tipo de anestesia no es posible entrar en contacto directo con el disco. La infección sólo podría estar justificada por un gran hematoma originado en el momento de la punción por dificultad técnica para localizar el canal raquídeo (obesidad, poliartrosis, espondilitis anquilopoyética, etc). Una asepsia rigurosa y una experiencia en la práctica anestésica no impiden la complicación, sin que pueda esto suponer una mala praxis. Aun así sería necesaria una disminución de las defensas./ En toda la literatura destaca el tiempo transcurrido, desde el inicio de los síntomas al diagnóstico pueden pasar hasta 9 meses (media de unos 4 meses). La falta de sospecha diagnóstica llevó a múltiples estudios e ingresos prolongados de hasta 112 días (...). Los factores predisponentes para la infección son: enfermedad degenerativa artrósica, terapia prolongada con inmunosupresores, técnicas diagnósticas y terapias invasivas, drogas parenterales, diabetes, procesos genitourinarios, etc. Las vías de infección suelen ser hematógenas no directas al disco puesto que no tiene vascularización, sino a través de un foco que se implanta en los tejidos de vecindad (...). Los gérmenes más frecuentes son los estafilococos (...). El epidérmidis es un germen saprófito oportunista, que solo actúa cuando hay una disminución de las defensas del paciente con el que convive./ En el caso de (la reclamante) es posible que (...) tuviese una espóndilo-discitis por punción, como consecuencia de su estructura corporal: obesidad y espondiloartrosis; así como factores biológicos predisponentes como: anemia o déficit inmunitario por alguna de las medicaciones que recibía o había recibido. No es descartable que la infección se produjese por vía hematógena desde otros puntos por infección larvada, como por un prolapso genital que origina cistocele, lo que determina la presencia permanente de un resto de orina difícil de recambiar con la micción, cuya infección aparece casi en el 100% de los casos, en razón de la anatomía del aparato genitourinario de la mujer./ El diagnóstico tardío no hace sino confirmar lo que se describe en la literatura, ya que no hay signos específicos de la lesión. Si la causa fue la punción anestésica, hubo un periodo ventana de más de cuatro semanas sin clínica diferente a la que ya existía, como consecuencia de la raquiostenosis y

de la espondiloartrosis que ya había sido diagnosticada. Las imágenes radiográficas y de resonancia tardan un periodo de unas seis semanas (...) sin aparecer./ La infección se confirmó mediante hemocultivo, que también coincide con la literatura (60%)./ La (...) RNM (29-06-04) (...) no dice que exista una lesión del disco, sino un proceso inflamatorio del segmento L4-L5 con masa de partes blandas y extensión a psoas izquierdo, es decir, indica un proceso espíndilo-discítico con afectación del músculo psoas, que en TAC realizado el 2-07-04 no identifica colección líquida como tal y sí con un proceso flemonoso del músculo psoas izquierdo. En Eco realizada en esa misma fecha hay un aumento de tamaño, hipoecoico a nivel de cresta iliaca sin objetivar colecciones definidas. Todo esto hace (pensar) que estamos ante una lumbalgia no mecánica sino infecciosa, difícil de determinar la puerta de entrada; en la etiología la frecuencia de infecciones es mayor por vía hematógena que in situ./ También hay que valorar el estado músculo-esquelético y la repercusión neurológica periférica que la patología ósea, poliartrosis, espondiloartrosis y raquiestenosis L2-L5, originaba. Los dolores radiculares en miembros inferiores existían (meralgia y ciática) de la misma forma que existía dolor lumbar agudo muy intenso que la obligó a consultar a Traumatología”.

Concluye el informe subrayando que “la paciente fue estudiada de forma adecuada, en consonancia con los medios disponibles y se llegó a un diagnóstico de espíndilo-discitis. La demora en el diagnóstico coincide con los tiempos encontrados en la literatura internacional” y que “la discitis no se debe a una mala praxis, sino a una complicación no previsible en el caso de la anestesia y no previsible si la puerta de entrada fue otra. En esta segunda opción no existiría infección nosocomial al tratarse de un proceso crónico que originó la enfermedad que llevó a la paciente al ingreso”.

15. Mediante escrito de 30 de marzo de 2007, notificado el día 9 del mes siguiente, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días.

16. El día 28 de marzo de 2007, el Gerente de la Clínica "A" remite al Servicio instructor una copia de los documentos de consentimiento informado suscritos por la reclamante con motivo de la intervención llevada a cabo en dicho centro el 6 de mayo de 2004, advirtiendo que "constan suscritos dos documentos de consentimiento para la intervención, aunque no consta ninguno, específicamente, para el procedimiento anestésico, probablemente por involuntario error al facilitar a la paciente los modelos del documento".

17. Con fecha 9 de mayo de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria comunica a la compañía aseguradora que, concluido el plazo establecido para el trámite de audiencia, no se han recibido alegaciones.

18. El día 16 de marzo de 2007, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación presentada. En ella se señala, respecto a la intervención de varices practicada en la clínica privada, que la paciente, "procedente de la lista de espera quirúrgica del (Hospital 'X'), el día 14 de abril de 2004 acudió a consulta de Cirugía Vasculuar a un centro concertado (Clínica 'A')", y que el 6 de mayo de ese mismo año fue intervenida en dicha clínica. Considera el autor de la propuesta que "los profesionales del SESPA o que por cuenta del mismo han intervenido en la asistencia a la reclamante lo hicieron de manera correcta y ajustada a los parámetros de la buena praxis médica. En concreto, la anestesia epidural no conlleva como complicación la producción de una discitis, entidad que no se menciona como riesgo típico en el consentimiento informado para esta técnica anestésica y del que se carece de evidencias en la literatura médica utilizada./ Las secuelas que presenta la reclamante están estabilizadas y tienen carácter definitivo, teniendo su origen en una discitis séptica, cuyo origen yatrogénico no ha podido ser acreditado de forma inequívoca".

19. En este estado de tramitación, mediante escrito de 11 de junio de 2007, registrado de entrada el día 13 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta

preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

Sobre la legitimación del Principado de Asturias, hemos de considerar que la reclamante imputa el daño bien a la asistencia sanitaria prestada en un centro sanitario público (Hospital "X") bien a la dispensada en una clínica privada; respecto de esta última, señala el Servicio de Inspección Sanitaria en la propuesta de resolución que se trata de un "centro concertado" al que fue "remitida" la paciente "procedente de la lista de espera quirúrgica del (Hospital 'X')", por lo que, con independencia de cuál sea la atención sanitaria, pública o

concertada, a la que pudieran, en su caso, atribuirse los perjuicios ocasionados, este Consejo Consultivo entiende que el Principado de Asturias se encuentra pasivamente legitimado, en la medida en que el eventual resarcimiento de los daños que pudieron haberse originado a la paciente en el ámbito de la asistencia concertada puede ser imputado a la Administración sanitaria con el mismo alcance y requisitos que si los mismos se hubieran causado en las instalaciones propias del titular del servicio público, sin perjuicio de las posibilidades de repetición, en su caso, frente al centro privado eventualmente responsable.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 28 de julio de 2006, y aun sin considerar, de acuerdo con el artículo 146.2 de la LRJPAC, la eventual eficacia interruptiva del plazo de prescripción derivada del curso de un proceso penal por los mismos hechos, en este caso resuelto por Auto de la Sección N. 3 de la Audiencia Provincial de Oviedo, de fecha 9 de mayo de 2006, consta en el expediente, como el último de los documentos que integran la historia clínica de la perjudicada en el Hospital ‘X’ en relación con la asistencia a que se refiere la reclamación, una hoja de “propuesta de resonancia magnética nuclear”, extendida el día 4 de octubre de 2005 por el Servicio de Traumatología del mismo hospital, cuya “justificación clínica” es la de “valorar secuelas de discitis lumbar L4-L5”, por lo que, pendiente en tal fecha aún la determinación del alcance de las secuelas, es claro que la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la

LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

En cuanto al informe de los servicios afectados, constan en el expediente los de los Servicios de Anestesia del Hospital "X" y de la Clínica "A", en tanto que la reclamante apunta a su intervención como vector infeccioso. No obstante, en la medida en que la interesada reprocha, además, a la sanidad pública un incorrecto tratamiento de la infección origen del daño que, según manifiesta, influyó en la evolución del proceso, agravándolo, debería haberse solicitado por el instructor un informe al Servicio de Traumatología del Hospital "X", encargado del tratamiento hospitalario y posterior seguimiento ambulatorio de la discitis. Tal omisión constituye un defecto formal que, en el presente caso, no entendemos insalvable, puesto que la documentación omitida se suple con la incorporada al expediente, y ello, en aras del principio de eficacia constitucionalmente garantizado, permite efectuar las oportunas consideraciones sobre el fondo del asunto.

Asimismo, hemos de señalar que la comunicación dirigida a la reclamante a los efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la referida comunicación, "el día siguiente al de recibo de la presente notificación", sino, de acuerdo con el artículo 13.3

del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se inició el procedimiento. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de la persona interesada y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Inspección Sanitaria el día 8 de agosto de 2006, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 13 de junio de 2007, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes

de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

SEXTA.- Funda la reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, al considerar que los daños que padece son consecuencia de una discitis nosocomial cuyo origen imputa, bien a la atención sanitaria prestada en el Hospital 'X', con motivo de las infiltraciones analgésicas epidurales a las que fue sometida para el tratamiento de una cialgia, bien a la anestesia raquídea que se le suministró en la Clínica 'A' para una intervención de varices. Estima, asimismo, que el proceso infeccioso que padecía se vio “agravado” al no ser tratado en la sanidad pública de forma correcta.

En cuanto a la efectividad del daño, la interesada afirma que, como consecuencia de la discitis, sufre una limitación de la movilidad “de la columna

torácico lumbar” que le impide la realización de cualquier ocupación o actividad, “así como las actividades más esenciales de su vida diaria, tales como asearse, vestirse, etc., no pudiendo ni realizar las tareas del hogar”, y un “trastorno depresivo reactivo”. Alega además “perjuicios morales familiares”, derivados de la necesidad constante de atención por parte de su hija. Aunque no consta en la historia incorporada al expediente cuál es el estado clínico de la perjudicada en el momento de presentar la reclamación, del informe médico forense, de fecha 26 de enero de 2006, aportado por la interesada, resulta que aquella presenta como “secuelas” una “lumbalgia muy severa que obliga en la actualidad a tratamiento con derivados opiáceos y al uso de 2 bastones ingleses para la deambulación siendo ésta muy dificultosa. Asimismo presenta una dependencia de terceras personas para cualquier quehacer (incluyendo aseo y vestirse)”, y un “síndrome depresivo importante en tratamiento”.

Ahora bien, la mera existencia de un perjuicio no puede generar *per se* la imputación de responsabilidad a la Administración, pues aquella exige, como hemos expuesto en la consideración anterior, que el daño alegado guarde relación de causalidad con la asistencia recibida.

Debemos empezar por indicar que, como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la obtención de resultados concretos.

Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de

Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene, en principio, la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En cuanto a la relación de causalidad, la interesada apunta a dos posibles vías para el supuesto contagio de la infección, que presenta, en principio, como alternativas. No aporta prueba alguna que avale su imputación de contagio con motivo de las infiltraciones epidurales practicadas en la sanidad pública y, respecto a la transmisión de la infección por vía del procedimiento anestésico aplicado en la clínica concertada, la presenta como tesis sostenida por el Servicio de Traumatología del Hospital "X" que trató la discitis, acompañando al escrito de reclamación, con pretensión probatoria, la copia de una hoja de solicitud de consulta dirigida al Servicio de Rehabilitación del Hospital "X" por parte del Servicio de Traumatología del mismo hospital en la que consta, entre otros "datos clínicos", que se trata de una "paciente con discitis infecciosa L4-L5 por anestesia raquídea". Aun en esta hipótesis, la interesada no exonera de responsabilidad a la sanidad pública, a la que reprocha un agravamiento de su situación clínica como consecuencia de retraso en el diagnóstico e incorrecto tratamiento de su dolencia; actuaciones que identifica con "un continuado e insistente abandono por parte de los médicos que la atendieron, entre los que incluimos la no realización de las pruebas más elementales para intentar descubrir el motivo de su males (...), la falta del pertinente tratamiento antibiótico durante tantos días y achacándolo todo a (...) mimos por parte de la paciente".

En cuanto al origen de la discitis, tanto el informe técnico de evaluación como el dictamen médico elaborado a instancias de la aseguradora coinciden en señalar que no cabe relacionar la infección directa con las técnicas anestésicas aplicadas a la interesada, pues durante su práctica no es posible entrar en contacto directo con el disco intervertebral. Sin embargo, no se descarta en los citados informes que la infección haya podido transmitirse por vía hematológica, a pesar de ser esta forma de contagio, como se indica en el dictamen de la asesoría privada, de carácter “excepcional”. Como señalan los autores del dictamen mencionado, la difusión del patógeno podría haberse producido desde el lugar de punción o “desde otros puntos por infección larvada”. Respecto al contagio por punción, destacan que “una asepsia rigurosa y una experiencia en la práctica anestésica no impiden la complicación, sin que esto pueda suponer mala praxis” y que, en tal caso, “la infección sólo podría estar justificada por un gran hematoma originado en el momento de la punción por dificultad técnica para localizar el canal raquídeo”, debido no a falta de pericia del anestesista sino a factores derivados de la estructura corporal de la paciente -“obesidad y espondiloartrosis”-. En cuanto a las condiciones para el contagio por punción, se observa, no obstante, que ni de la documentación obrante en las historias clínicas a propósito de las intervenciones analgésicas, ni de los informes de los Servicios de Anestesia, se infiere referencia alguna a supuestas complicaciones durante la práctica de las citadas técnicas, consignando estos últimos que se llevaron a cabo “sin ninguna incidencia” o “con total normalidad”. La hipótesis de transmisión desde otro foco infeccioso se establece, según el citado dictamen, en función del prolapso genital que presenta la interesada, que puede dar lugar a infecciones urinarias crónicas. Cualquiera que fuera el origen, se señala que para el contagio a distancia por vía hematológica sería necesaria “una disminución de las defensas”; situación inmunológica que plantean los especialistas en el caso concreto como mera posibilidad. De cualquier forma, concluyen que la vía de contagio no puede ser establecida de forma inequívoca.

Respecto al diagnóstico y tratamiento de la infección, el dictamen elaborado por la asesoría médica de la aseguradora y el informe de alta del

Servicio de Traumatología del Hospital "X", fechado el 13 de agosto de 2004, contradicen el reproche de abandono sanitario efectuado por la reclamante. En cuanto al diagnóstico, se señala en el dictamen mencionado que "la paciente fue estudiada de forma adecuada, en consonancia con los medios disponibles (...). La demora en el diagnóstico coincide con los tiempos encontrados en la literatura internacional", destacando que la atención sanitaria inicial partía de la ausencia de una "clínica diferente a la que ya existía, como consecuencia de la raquiestenosis y de la espondiloartrosis que ya había sido diagnosticada". Como consta en el informe de alta del Servicio de Traumatología, en los días posteriores al ingreso se intentaron diferentes tratamientos y se practicaron diversas pruebas, entre ellas una RNM que no evidenció infección alguna, sino un "proceso inflamatorio" en L4-L5. Puesto que los resultados eran, como se refleja en el mismo informe, "compatibles con discitis", se efectuaron otras pruebas -TAC y ecografía- en las que "no se observan colecciones paravertebrales". Finalmente, tras una analítica en la que "aparecen alterados los reactantes de la fase aguda, que inicialmente eran normales", se diagnostica la infección, identificándose el agente patógeno mediante la realización de hemocultivos. Este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas que lo evidencien con certeza, por lo que la demora reprochada por la reclamante en cuanto al diagnóstico no es tal. Por otro lado, siendo el diagnóstico presupuesto ineludible para la instauración del tratamiento indicado, éste no podía iniciarse con carácter previo a la constatación de la infección, por lo que la imputación de "falta del pertinente tratamiento antibiótico durante tantos días" carece, asimismo, de fundamento.

En definitiva, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en avalar, sin que tales extremos hayan sido desvirtuados por actividad probatoria de parte, que la actuación prestada, tanto por el sistema público sanitario como por la sanidad concertada, se ajustó en todo momento a la *lex artis ad hoc* durante la aplicación de técnicas analgésicas y en la fase de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y que el contagio infeccioso se produjo, en

cualquiera de las hipótesis, por factores que los servicios sanitarios actuantes no podían evitar, de modo que no ha resultado acreditada la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado dañoso imprescindible para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

Vº. Bº.

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.