

Expediente Núm. 164/2016
Dictamen Núm.213/2016

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de septiembre de 2016, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de junio de 2016 -registrada de entrada el día 15 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de un retraso diagnóstico en la asistencia prestada por el servicio sanitario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 3 de julio de 2015, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de lo que considera una defectuosa asistencia prestada por el servicio público sanitario del Principado de Asturias.

Inicia su exposición de hechos indicando que por presentar un cuadro de dolor lumbar que irradiaba a sus extremidades y tras consultar tal dolencia en repetidas ocasiones (en concreto los días 17, 18, 21, 29 y 30, todos de mayo de 2013) en su centro de salud, el día 18 de julio de ese mismo año 2013 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "X" donde, tras serle diagnosticada una "ciatalgia derecha, sugestiva de síndrome del piriforme", fue remitida a su domicilio, "con prescripción de tratamiento farmacológico y recomendación de revisión en consulta de Traumatología". Antes de ser vista en Traumatología, acudió nuevamente ante la persistencia de los dolores a su centro de salud los días 9 y 30 de agosto de 2013. En esta última visita al centro de salud aportó una resonancia magnética lumbar que el día 20 de agosto de 2013 le habían realizada en un centro sanitario privado y en la que se observaba una hernia de importante tamaño central que está en contacto con el sacro dural.

Fue atendida por el Servicio de Traumatología del Hospital "X" en consulta de fecha 4 de septiembre de 2013, donde se le diagnosticó de "trocanteritis derecha", prescribiéndole infiltración y revisión en un mes.

Tras una nueva consulta en su centro de salud el día 13 de septiembre de 2013, el día 15 de ese mismo mes recurre a un Reumatólogo privado que le prescribe "tratamiento con medicación corticoidea". El día 7 de octubre de 2013 acude a la revisión de Traumatología en el servicio sanitario público, donde se le aprecia una mejoría parcial, anotándose que se encuentra pendiente de inicio de tratamiento rehabilitador a la vez que es remitida a neurocirugía.

De nuevo en el ámbito de la medicina privada, el día 30 de octubre de 2013, un estudio electrofisiológico realizado en el Servicio de Neurofisiología de una clínica privada pone de manifiesto la existencia de las siguientes alteraciones: "patrón neuropático subagudo en músculos dependientes de las raíces L5-S1 del MMII derecho con presencia de muy leves signos de denervación en S1 en la actualidad./ Es compatible con una radiculopatía subaguda a dichos niveles (en estadio discretamente evolutivo) cuyo grado de afectación se estima leve-moderado".

Tras nueva consulta en su centro de salud el día 13 de diciembre de 2013, acude el 13 de enero de 2014 a una clínica privada "para realizar una revisión por parte de su mutua en relación a un proceso de incapacidad temporal". Tras ser valorado su caso por parte de los servicios de Neurocirugía de este centro sanitario privado "se considera la necesidad de ingreso hospitalario inmediato para la realización de estudios de cara a una actuación quirúrgica".

Prosigue indicando que "en la nota de seguimiento del centro de salud, correspondiente al día 14-01-2014, se especifica:/ 'Paciente aporta el informe de Neurocirugía -consulta solicitada por la mutua- donde informan de la necesidad de ingreso para realización de una nueva RM y valoración de la IQ muy preferente. Paciente ingresa mañana (...) día 15-01-2014 en Hospital "Y" (la Mutua no permite el ingreso y el tto. por lo que hablaron con Neurocirugía en el (Hospital "Y"))".

Así las cosas, el 15 de enero de 2014 ingresa en el Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y" donde permaneció hospitalizada hasta el día 22 de ese mismo mes. Del correspondiente informe al alta, destaca en este momento la interesada lo que sigue: "Historia actual: Paciente valorada en (...) por dolor lumbar con irradiación a miembro inferior izdo., parestesias en dicho miembro y en región perineal así como episodios de incontinencia urinaria, desde hace más de un mes y fecal desde hace unos días. El dolor aumenta con las maniobras de Valsalva./ Exploración neurológica (...): Lasègue negativo. Fuerza conservada. Reflejos osteotendinosos aquileas positivos bilaterales y rotulianos abolidos bilaterales. Disestesias en silla de montar./ Evolución y comentarios: Paciente que ingresa en nuestro Servicio por sospecha de compresión de cola de caballo en vista de la clínica y de los hallazgos radiológicos previos. Se solicita RM preferente para plantear intervención quirúrgica. En dicha prueba radiológica se confirma voluminosa hernia discal L5-S1 con compresión del saco tecal por lo que se decide intervención quirúrgica el 18 de enero de 2014. Se realiza bajo anestesia general practicándose una disectomía L5-S1 por abordaje mediante

flavectomía izda., objetivándose raíces nerviosas muy engrosadas sobre todo la izda. Se procede a la discectomía y liberación radicular”.

Tras el alta hospitalaria, fue vista en la consulta de Neurocirugía del Hospital “Y” el día 3 de abril de 2014 y en consultas externas del Servicio de Urología del Hospital “X” el día 14 de abril de 2014. En el informe correspondiente a esta última consulta figura la siguiente “impresión diagnóstica: ‘vejiga neurógena’. Tras ser valorada en el Servicio de Urología del Hospital “Y”, la paciente sigue controles en el Hospital “X” para la disfunción vesical y para la confirmación del diagnóstico de vejiga neurógena”.

Menciona finalmente la reclamante un informe emitido por el Servicio de Neurocirugía el día 23 de octubre de 2014 en el que se señala que “la exploración neurofisiológica realizada muestra signos de readiculopatía a nivel de S1 y S2 derechas, de carácter crónico, con signos de actividad y neuropatía asociada. Se evidencia asimismo alteración cordonal posterior para aferencias de ambos tibiales posteriores (miotomos S1) en el momento actual”.

Tras esta descripción de la asistencia recibida a lo largo del proceso, la interesada deja constancia de las manifestaciones patológicas de su estado clínico al momento de formular la presente reclamación en los siguientes términos: “Insensibilidad en la región anatómica correspondiente al muslo derecho (cara interna) y zona glútea derecha./ Disfunción en el control vesical que curso con incontinencia a esfuerzos (utiliza paños absorbentes) y dificultades para la micción intencional./ Disfunción para la defecación, precisando de la realización de presa abdominal con las manos o levantando las piernas, y cursando, en ocasiones, con incontinencia si se trata de heces blandas./ Disfunción sexual por insensibilidad./ Alteraciones de la sensibilidad en la extremidad inferior derecha, con afectación de la marcha por inestabilidad de la pierna derecha (la paciente refiere que le ‘falla’ y tropieza)”.

Tras señalar que la patología descrita y los hallazgos objetivados a lo largo del proceso asistencial relatado se corresponden “con el denominado síndrome de *Cauda equina* o de cola de caballo”, expone que “este síndrome es

una entidad cuya presentación clínica describe un amplio espectro de síntomas y signos producidos por la compresión de las raíces nerviosas en el canal medular, a nivel de la cola de caballo. Una de las causas etiológicas más frecuentes es una hernia discal lumbar, sobre todo si esta es voluminosa./ Se considera habitualmente al síndrome de cola de caballo como una urgencia quirúrgica. Es opinión generalizada que la realización de una intervención quirúrgica precoz influye en los resultados posoperatorios, por lo que deberá ser realizada entre las 24-48 horas del inicio de los síntomas, ya que la descompresión quirúrgica temprana podría revertir déficits neurológicos irreversibles y reducir complicaciones./ La sintomatología más habitual consiste en la presentación de alteraciones sensitivas (parestias) en 'silla de montar' (situadas en la región anatómica de un jinete que estaría en contacto con la silla de montar), así como alteraciones urinarias y dolor (...). En relación al retraso en la aplicación del tratamiento quirúrgico se considera, según las publicaciones científicas actuales, que va en detrimento del posterior curso clínico y que, por el contrario, la descompresión temprana en ningún caso se comprometería en ese sentido, de manera que se deberá actuar dentro de las primeras 48 horas, teniendo en cuenta que los resultados podrían llegar a ser superiores con un tratamiento dentro de las primeras 24 horas".

Aplicando el razonamiento anterior a su caso y en concreto a la asistencia que recibió por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias a lo largo del episodio anteriormente descrito, concluye la reclamante afirmando que teniendo en cuenta que "presentaba sintomatología compatible con afectación neurológica a nivel de la cola de caballo en diciembre de 2013, y que no fue valorado en su justa medida su estado hasta el mes de enero de 2014 cuando acudió a revisión a su mutua considero que por parte de los Servicios de Salud del Principado de Asturias no se actuó con la debida diligencia, y que, por lo tanto, la actuación se ha alejado de una correcta *lex artis* con el resultado de un daño irreversible que la paciente no tenía por qué haber soportado".

Solicita una indemnización de ciento cincuenta mil euros (150.000 €), sirviéndose para ello del baremo aplicable a las víctimas de accidentes de circulación, lo que lleva a la reclamante a fijar en 55 puntos de secuela el síndrome de cola de caballo que de manera irreversible y completa padece, así como que estas secuelas le “impiden realizar las tareas propias de (su) actividad laboral”.

2. Mediante escrito de 13 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 15 de julio de 2015, el Inspector de Centros y Servicios Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a las Gerencias de las Áreas Sanitarias II y IV una copia de la historia clínica obrante en cada una de ellas.

Del Área Sanitaria II solicita también un informe de los Servicios de Atención Primaria y Especializada que prestaron asistencia a la perjudicada.

4. Atendiendo al requerimiento efectuado por el Inspector de Prestaciones Sanitarias, el día 28 de julio de 2015 el Gerente del Área Sanitaria VI remite la historia clínica de la perjudicada obrante en sus bases de datos.

Por su parte, con fecha 29 de julio de 2015 la Gerencia del Área Sanitaria II remite la historia clínica del proceso, acompañando a su escrito dos informes, uno del médico de Atención Primaria del centro de salud de la interesada y el segundo del Servicio de Traumatología del Hospital “X”.

5. El informe del médico del Centro de Salud, de 17 de julio de 2015, señala, en relación a la asistencia prestada a la interesada, que “en mayo 2012 acude a la consulta por el dolor lumbar con irradiación al MID sin traumatismo

previo. Se le realiza una Rx col. lumbar y se le indica Celestone + Diclofenaco (...). ILT desde el 17-05 hasta el 28-05-2012 cuando se da el alta por mejoría./ Un año más tarde, 06-05-2013, acude de nuevo a la consulta por un problema similar –dolor en la región glútea con irradiación al MID por la cara posterior sin traumatismo-. En la exploración se aprecia movilidad conservada y Lasègue y Bragard negativos. Se le indican AINEs y con fecha de 28-05-2013 Celestone + Diclofenaco durante 3 días./ El 15-07-2013 se solicita consulta a COT por recidiva del dolor en la zona glútea D con irradiación al MID y parestesias y se le indican AINEs v.o./ El 30-07-2013 se inicia un nuevo proceso ILT por la persistencia del dolor limitante en la región glútea con afectación del MID. En la exploración se aprecia movilidad del tronco y MMII conservada y Lassegue D+ a 30º./ El 30-08-2013 aporta informe de la RM donde informan de una HDL5-S1 central de gran tamaño que produce marcada compresión del saco tecal y de ambas raíces S1. La paciente comenta que tiene la consulta en COT el día 03-09-2013./ Paciente continua en situación de ILT, ha realizado varios tto. orales e i.m. y el 13-12-2013 acude a la consulta comentando sensación de parestesias en la pelvis y MID de unos días de evolución. Tiene pendiente la consulta en Neurocirugía solicitada desde la consulta de COT./ El 28-01-2014 paciente acude a retirar los puntos tras la IQ realizada 18-01-2014 –discectomía L5-S1-./ El 28-03-2014 se solicita la consulta a Urología por presentar la sensación de urgencia miccional y sin embargo no orinar de unos 3 meses de evolución./ El 30-01-2015 se solicita consulta a Ginecología por parestesias en zona de suelo pélvico. Recomendación desde la consulta de Urología./ En el momento actual la paciente se encuentra en la situación en la situación de ILT (26-05-2015) por el dolor en la nalga izq. Fue valorada en la consulta de Neurocirugía donde informan de NO afectación en la col. lumbar y le recomiendan ser vista en la consulta de COT por posible problema en la cadera izq. Está pendiente de la consulta en COT”.

6. Por su parte, el Servicio de Traumatología del Hospital “X” informa, el día 10 de agosto de 2015, que la paciente “fue enviada a nuestras consultas externas

por su médico de Atención Primaria el 15-07-13 por:/ 'Paciente que refiere desde hace un año aprox. dolor en la zona lumbar y sobre todo en medio de la nalga D con irradiación por la cara posterior del MID hasta el tobillo. Parestesias. No traumatismo previo. Ruego valoración' (...). El 18-07-13 acude a Urgencias. En dicha fecha y según informe de alta:/ 'Desde hace unos 4 meses presenta dolor que desde nalga dcha. irradia en ocasiones hacia dorso de muslo dcho., e incluso sobrepasando rodilla. Le molesta también en reposo, y no le permite descanso sobre la nalga dcha. No refiere rigidez de cadera tras el reposo. Dice empeorar claramente al subir cuestas./ No recuerda traumatismo previo'./ Exploración Física:/ Palpación indolora de espinosas lumbares. Sacroilíacas negativas. Balance articular de caderas normal, con dolor a la extensión y abducción forzadas contrarresistencia. Lasègue negativo ROT ++/+++ simétricos presentes en MMIIs./ Se pautó tratamiento y se aconsejó control evolutivo por médico de Atención Primaria y revisión en consultas de Traumatología (que ya había sido solicitada por su médico)./ La paciente fue vista por primera vez por el servicio de traumatología el 4-09-13./ En dicha fecha y según el historial clínico no se objetivó positividad de las maniobras de estiramiento ciático y en informe emitido no consta afectación sensitiva o motora./ Ante la sospecha diagnóstica de trocanteritis derecha fue infiltrada en región trocánterea (Trigon) y remitida a consulta un mes después./ El 7-10-13 acude a revisión a consultas de Traumatología y refiere ausencia de mejoría clínica con la infiltración. Previamente había acudido a una consulta privada donde le habían pautado tratamiento con corticoides, AINEs y Pregabalina. La enferma relataba mejoría parcial de la sintomatología con dicho tratamiento. Aun habiendo experimentado cierta mejoría, se decide derivación preferente al Servicio de Neurología para valorar posibilidad de tratamiento quirúrgico por persistencia del dolor y la existencia de gran hernia discal central L5-S1 objetivada en estudio de RMN lumbar realizada a petición de su mutua./ A partir de la última fecha reseñada la paciente pasó a control evolutivo por su médico de atención primaria a la espera de ser valorada por el servicio de

neurocirugía. No consta en la historia clínica que haya vuelto a nuestras consultas desde entonces”.

7. En este estado de tramitación, el día 23 de octubre de 2015, el Inspector actuante solicita de la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y”. En el informe, emitido con fecha 18 de noviembre de 2015, se recoge que “esta paciente fue ingresada en nuestro Servicio el día 15 de enero de 2014 (...) con un cuadro de lumbociatalgia izda, parestesias en miembro inferior izdo. así como en región perineal, episodios de incontinencia urinaria desde hacía un mes e incontinencia fecal en los últimos días./ En la exploración neurológica realizada al ingreso presentaba un síndrome de cola de caballo con disestesias en silla de montar, afectación de esfínteres y rotulianos abolidos bilateralmente./ Se aportaba RM de agosto de 2013 donde se apreciaba discopatía lumbar L4-L5 y hernia discal de importante volumen L5-S1./ Se solicitaron estudios preoperatorios y RM preferente que fue realizada el día 17 de enero de 2014 donde se confirma hernia discal L5-S1 con compresión del saco tecal./ Se interviene quirúrgicamente al día siguiente (18 de enero de 2014) practicándose discectomía izda. Postoperatorio favorable en cuanto al dolor mejorando las parestesias del área perineal y parcialmente el control de esfínteres./ Fue dada de alta de nuestro Servicio el 22 de enero de 2014 quedando pendiente de valoración por el Servicio de Urología tras haber sido realizada interconsulta previamente al alta”.

8. El día 21 de diciembre de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él se indica que “la reclamante basa su solicitud de indemnización en que las lesiones que padece son consecuencia de una ‘compresión radicular prolongada’. A la vista de la documentación obrante en el expediente, se desprende que desde el 20-08-2013 se había diagnosticado una hernia discal L5-S1 que comprimía el saco tecal. Cuando acude a la consulta de Traumatología el 4-9-2013 se le prescribe un tratamiento médico conservador

(lo mismo que hace el reumatólogo privado 11 días después). Cuando vuelve a la consulta de Traumatología el 7-10-2013 y refiere solamente una mejoría parcial con el tratamiento, se decide -de forma correcta-, remitir a la paciente al Servicio de Neurocirugía de forma 'preferente' para valorar una posible actuación quirúrgica. Hasta ese momento, la paciente no presentaba ninguna clínica que hiciera pensar en la existencia de un síndrome de cola de caballo./ Cuando la paciente acude a consulta con su MAP el 13-12-2013, no refiere ningún tipo de alteración esfinteriana, a pesar de que refiere al neurocirujano privado el 13-1-2014, que padecía incontinencia de orina desde hace un mes y fecal en los últimos 10 días. Desde la última visita a su MAP hasta su ingreso en el (Hospital "Y") el 15-1-2015 (*sic*, debe decir 2014), la paciente no mantiene ningún contacto con el sistema público sanitario, salvo el día 14-1-2014 que comunica a su MAP que va a ingresar para ser intervenida. Consecuentemente debe señalarse que en el último mes anterior al ingreso, las decisiones asistenciales sobre la paciente fueron tomadas por la mutua (que se negó a ingresar a la paciente en el centro privado donde se le diagnosticó el síndrome de la cola de caballo)".

Con base en lo anteriormente razonado, el inspector propone la desestimación de la reclamación.

9. Mediante escritos de 14 de enero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

10. Con fecha 21 de marzo de 2016, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe médico pericial dos licenciados en medicina, uno especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología y otro especialista de la columna vertebral. Exponen que "1.- La paciente recibió un adecuado estudio diagnóstico y tratamiento inicial, en consonancia con la localización e intensidad de la sintomatología, sin esperar a la baja laboral para ser remitida a Traumatología y

siendo estudiada en Urgencias antes de la misma, realizando los estudios pertinentes en relación a la sintomatología referida./ 2.- En todo momento la paciente refiere dolor derecho y de mayor localización en cadera y zona glútea, sin presentar signos ni síntomas de alarma en cuanto a afectación neurológica ni de la columna vertebral. Cuando la sintomatología cambió al lado izquierdo y aparecieron síntomas de afectación de esfínteres o de la sensibilidad perianal la paciente no acudió a ningún servicio médico ni público ni privado ni de Medicina Primaria ni Especializada ni a Urgencias ni a Consulta./ 3.- Previamente a la baja laboral la paciente fue remitida a consultas de Traumatología y estudiada en Urgencias con radiografías y analítica completas. Tanto en el centro de salud en las visitas sucesivas como en Urgencias no se encontraron signos de alarma relacionados con afectación neurológica y la paciente refería sintomatología de tipo mecánica en relación a columna, zona glútea y cadera./ 4.- La realización de resonancia magnética el 20-8-2013 objetivó la presencia de una hernia discal L5-S1 central que, en ese momento, no ocasionaba una repercusión clínica objetiva, salvo la sintomatología de dolor referida por la paciente, ni se reflejaba en alteraciones neurológicas en la exploración clínica./ 5.- Las hernias discales detectadas en resonancia magnética existen hasta en un 36% de sujetos asintomáticos. A pesar de acudir con la resonancia magnética a su centro de salud, a la consulta de Traumatología y a un especialista privado de Reumatología, ninguno relacionó la hernia discal con un problema urgente y grave, pues no reflejaba alteraciones neurológicas ni la paciente refería sintomatología concordante con la hernia. La paciente no refería tampoco síntomas de gravedad o alarmantes, por lo que todos los médicos que la vieron recomendaron tratamiento conservador a la espera de la evolución del cuadro clínico. Todos siguieron las recomendaciones de la literatura en cuanto a las lesiones de la resonancia magnética que no se corresponden con la sintomatología de los pacientes./ 6.- El 07-10-2013, un mes después de ser valorada en Traumatología y realizando tratamiento, acude a la revisión en COT, con mejoría parcial con el tratamiento médico y pendiente de iniciar tratamiento rehabilitador. A pesar de seguir sin referir sintomatología alarmante

ni presentar exploración clínica de afectación severa, es enviada a Neurocirugía 'para valoración de posibilidades quirúrgicas'./ La paciente en todo este tiempo refería dolor y discapacidad en el lado derecho./ 7.- A partir de esta fecha la paciente pasa a control evolutivo por su médico de atención primaria a la espera de ser valorada por el Servicio de Neurocirugía./ 8.- En Diciembre 2013 tiene una visita con su MAP sin cambios con respecto a la evolución. No hay constancia de alteración de la sintomatología ni cambio de lateralidad del dolor ni agravamiento del mismo hasta que un mes después, y a iniciativa de su mutua (...) laboral, cuando el 13-01-2013, (*sic*, debe decir 2014) acude a una consulta con Neurocirujano de la mutua (...). Por primera vez la paciente refiere alteración de la sintomatología, con agravamiento de la misma y cambio del dolor en lado izquierdo y afectación esfinteriana y de la sensibilidad perianal. El especialista aprecia entonces la repercusión del cuadro clínico, con afectación de esfínter anal de cuatro días de evolución, y recomienda la actitud a seguir (atención urgente, repetición de RM y valoración quirúrgica preferente)./ 9.- A partir del reconocimiento de la existencia de un agravamiento de la sintomatología, que en ningún momento fue comunicado por la paciente sino que se detectó en una revisión de su baja laboral por la mutua de accidentes de trabajo el 13-01-2014, se actúa con la celeridad que el caso requiere./ Atención e ingreso Urgente el 15-01-2014, realización de RM el 17-01-2015 (*sic*, debe decir 2014) e intervención quirúrgica el 18-01-2015 (*sic*, debe decir 2014)./ 10.- La paciente mejora de sus limitaciones y es dada de alta laboral el 15 de octubre de 2014 con los diagnósticos de hernia discal, síndrome de cola de caballo con alteración esfínteres, con electromiografía de signos de radiculopatía a nivel de S1 y S2 de carácter crónico con signos de actividad y neuropatía asociada. Se evidencia asimismo alteración cordonal posterior para aferencias de ambos tibiales posteriores (miotomos S1). La afectación residual de la paciente, por tanto, no se consideró incompatible con la realización de su actividad laboral./ 11.- El 28-07-2015 el Servicio de Neurocirugía emite informe de secuelas de disfunción de esfínteres e hipoalgesia perianal derecha, con dolor en cara anterior de muslo izquierdo y exploración neurológica normal

salvo las secuelas citadas, con dolor a la movilización de la cadera izquierda, aportando estudio reciente de resonancia magnética lumbosacra donde no se aprecia nueva patología y electroneurofisiología actual con patrón neurógeno leve S1 izquierdo, descartando nueva patología y recomendando valoración de cadera por Traumatología./ La patología residual final de la paciente se reducía a la afectación de esfínteres cuya última evaluación objetiva de la que se dispone es de Urología de mayo de 2014 (un año antes) con una exploración en la que no se detecta incontinencia urinaria de esfuerzo y un estudio urodinámico con fase de llenado normal con capacidad vesical aumentada e hiposensibilidad al llenado. Flujometría en sierra, orinando con prensa abdominal, con la cual compensa, no quedando prácticamente residuo postmiccional”.

Concluyen que “tanto el manejo en Medicina Primaria como en Especializada de la paciente pueden considerarse como exquisitos y acorde a sus necesidades, siendo siempre adecuados a la ciencia y al conocimiento actual, es decir, la praxis ha sido totalmente correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*, debiéndose reconocer que la paciente ha sido atendida en los momentos precisos, referida a especialistas cuando lo ha necesitado y actuándose con celeridad cuando la situación lo ha requerido, ha tenido una complicación inherente a su patología que le ha dejado unas secuelas leves que no le impiden realizar su trabajo habitual y para las que ha recibido la mejor atención posible y necesaria en todo momento”.

11. El mismo día 21 de marzo de 2016, y también a instancia de la compañía aseguradora de la Administración emite informe acerca de la reclamación formulada un gabinete jurídico en el que se concluye: “a) La actuación médica fue conforme a la *lex artis*, pues el Sespa ha otorgado el tratamiento adecuado a la sintomatología presentada por la paciente en cada momento respecto de su hernia discal y patología neurológica. La paciente en ningún momento manifestó al Servicio Público de Salud la existencia de alteraciones de incontinencia urinario y/o fecal./ b) No existe nexo de causalidad entre la

actuación médica del Sespa y las secuelas que padece la paciente, que derivan de su propia patología./ c) Dado lo anterior, procede desestimar la reclamación patrimonial formulada”.

12. El día 5 de abril de 2016, la interesada acusa recibo de un escrito del Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios en el que pone en su conocimiento la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y al que adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Dentro del plazo conferido al efecto, en concreto el día 8 de abril de 2016, comparece en las dependencias de la Administración, un letrado debidamente acreditado para actuar en nombre y representación de la reclamante según justifica con poder notarial al efecto, y al que se hace entrega, en formato CD, de la documentación obrante en el expediente.

Con fecha 22 de abril de 2016, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones mediante el que el letrado que representa a la interesada se ratifica en todos los términos de la reclamación inicial, al considerar, de manera resumida, que la paciente “no `ha sido atendida en los momentos precisos´”, “no ha tenido una complicación `inherente a su patología´”, y que las secuelas permanentes que sufre “no son `leves´”.

Consta en el expediente la remisión de estas alegaciones a la compañía aseguradora.

13. Con fecha 23 de mayo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar “que la asistencia prestada por el servicio público sanitario fue correcta y adecuada a la sintomatología que presentaba la paciente en cada momento y no existe relación de causalidad entre ésta y las secuelas que presente la paciente que se deben a la brusca

aparición de una patología neurológica derivada de su enfermedad, cuyos síntomas nunca fueron puestos en conocimiento del servicio público sanitario”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de junio de 2016, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 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.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 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 3 de julio de 2015. y si bien a tenor de la reclamación presentada la asistencia cuestionada por la reclamante se circunscribe al periodo que va de diciembre de 2013 a enero de 2014, en el que considera que hubo un retraso diagnóstico al que asocia una pérdida de oportunidad terapéutica, la documentación incorporada al expediente acredita que la intervención quirúrgica a la que fue sometida la interesada el día 18 de enero de 2014 y de la que causó alta hospitalaria el día 22 de ese mismo mes y año, no supuso su total curación como lo demuestra el dato obrante al folio 171 del expediente de que tras este alta hospitalaria la reclamante permaneció en situación de baja laboral hasta el 29 de julio de 2014, fecha en la que causó alta en esta situación y ello, no ya por curación, sino por “agotamiento del plazo”. En estas condiciones y tomando en consideración esta última fecha, es claro que la reclamación presentada el 3 de julio de 2015, ha sido formulada 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.

Sin embargo, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Ahora bien, en este caso la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias -como venía haciendo habitualmente-.

Finalmente, 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 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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 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.- La interesada basa su pretensión indemnizatoria en lo que juzga anormal funcionamiento del servicio público sanitario, al que imputa un retraso diagnóstico al que anuda una pérdida de oportunidad terapéutica, en el curso

de la asistencia que le fue prestada desde mediados del año 2013 hasta el mes de enero de 2014, tanto en su centro de salud como en el Hospital "X".

Más concretamente, el principal y en realidad único reproche que dirige al funcionamiento del servicio público sanitario en el indicado periodo, queda limitado a un supuesto retraso en el diagnóstico y consecuente abordaje quirúrgico inmediato del "síndrome de cola de caballo incompleto" que se apreció el día 13 de enero de 2014 en la clínica privada a la que había acudido "para realizar una revisión por parte de su mutua en relación a un proceso de incapacidad temporal". Considera la perjudicada "que por parte de los Servicios de Salud del Principado de Asturias no se actuó con la debida diligencia, y que, por lo tanto, la actuación se ha alejado de una correcta *lex artis* con el resultado de un daño irreversible que la paciente no tenía por qué haber soportado", toda vez que "presentaba sintomatología compatible con afectación neurológica a nivel de la cola de caballo en diciembre de 2013, y que no fue valorado en su justa medida su estado hasta el mes de enero de 2014 cuando acudió a revisión a su mutua".

Obviamente, la interesada no imputa de manera directa el episodio final de sus dolencias, la afectación neurológica a nivel de la cola de caballo de la que fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital "Y" el día 18 de enero de 2014, al funcionamiento del servicio público sanitario, sino su posible avance y evolución con ese resultado final tras las dolencias que hicieron su aparición a partir del mes de mayo de 2013, momento a partir de cual fue asistida, tanto por el servicio público sanitario como por la medicina privada a través de una mutua, en diferentes ocasiones. El daño alegado se circunscribe de esta manera a una pérdida de posibilidad terapéutica durante el intervalo de tiempo -diciembre de 2013 a enero de 2014-, en el que la reclamante entiende no haber recibido ni diagnóstico ni tratamiento adecuado por parte del servicio sanitario público. Es en este contexto en el único en el que resulta admisible, a efectos de su estudio, la presencia de un daño, cuya evaluación económica, a efectos de una eventual indemnización, realizaremos si concurren el resto de

los requisitos legalmente exigibles para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria del Principado de Asturias.

Ahora bien, incluso formulada en términos hipotéticos, como acontece en el presente supuesto, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada 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 para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y 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 incluso un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

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

En el presente caso, la interesada se ha limitado a afirmar de modo axiomático, sin aportar prueba alguna, que, "por parte de los Servicios de Salud del Principado de Asturias no se actuó con la debida diligencia, y que, por lo tanto, la actuación se ha alejado de una correcta *lex artis* con el resultado de un daño irreversible que la paciente no tenía por qué haber soportado". Sin embargo, le incumbe la carga de la prueba, de acuerdo con los principios plasmados en los aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, por lo que la total indeterminación y carencia de elemento probatorio en orden al establecimiento del nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario resulta ya de por sí suficiente para dictaminar la desestimación de la reclamación formulada toda vez que no se ha acreditado esa relación de causalidad, cuya existencia resulta

inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración.

Además y frente a lo afirmado por la reclamante, la totalidad de los informes periciales incorporados al expediente, tanto el informe técnico de evaluación como el emitido a instancias de la aseguradora de la Administración, únicos a disposición de este Consejo Consultivo y sobre los cuales ha de formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada, y que conocidos por la reclamante no han sido objeto de cuestionamiento alguno por su parte, resultan tan coincidentes como contundentes en orden a considerar acreditado que la asistencia sanitaria prestada, en el control y seguimiento de los diferentes episodios sufridos por la reclamante ha sido correcta, ajustada a los protocolos y acorde con la *lex artis*, lo que nos impide apreciar la concurrencia de nexo causal entre el daño alegado y el servicio público sanitario.

Por lo demás, y a mayor abundamiento, la historia clínica incorporada al expediente permite constatar que durante la fase inicial del episodio, esto es el periodo que va de mayo a diciembre de 2013, en el que las dolencias de la perjudicada fueron tratadas tanto en el ámbito del servicio público sanitario como en el de la medicina privada a través de la mutua encargada del seguimiento de su baja laboral, se dio una práctica coincidencia tanto a nivel de diagnóstico como de tratamiento, entre los diferentes facultativos intervinientes, y ello a la vista de la sintomatología que en cada momento refería la paciente. Así se desprende, como decimos, de la historia clínica obrante en el expediente y se recoge, a modo de conclusión, en el número 5 de los apartados del dictamen médico pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración relatado en el antecedente 10, en el que se afirma que "a pesar de acudir con la resonancia magnética a su centro de salud, a la consulta de Traumatología y a un especialista privado de Reumatología, ninguno relacionó la hernia discal con un problema urgente y grave, pues no reflejaba alteraciones neurológicas ni la paciente refería sintomatología concordante con la hernia. La paciente no refería tampoco

síntomas de gravedad o alarmantes, por lo que todos los médicos que la vieron recomendaron tratamiento conservador a la espera de la evolución del cuadro clínico”.

Sucede sin embargo que a partir de mediados de diciembre de 2013 hizo su aparición una nueva sintomatología, que no fue comunicada por la paciente a los facultativos del servicio sanitario público adonde había acudido el 13 día de ese mes, y consistente, según refirió con posterioridad, en concreto el día 13 de enero de 2014, a los facultativos que la atendieron en la clínica privada adonde había acudido a requerimiento de la mutua, en una alteración esfinteriana, más exactamente, tal como como consta en el informe de esta clínica privada obrante al folio 134 del expediente, “episodios de incontinencia urinaria (desde hace 1 mes) y heces (hace 10 días)”, signos que posibilitaron que a partir de ese momento le fuera diagnosticado un “síndrome cola de caballo incompleto”.

Esta nueva sintomatología, conviene insistir, no había sido puesta en conocimiento de los facultativos del servicio sanitario público antes del 13 de enero de 2014. La actuación de estos servicios a partir de ese momento fue pronta y diligente. En efecto, está acreditado que la paciente -tras negarse, por razones que no se han explicitado, al ingreso y abordaje quirúrgico de la dolencia así diagnosticada en el ámbito de la medicina privada- acude al día siguiente de la consulta en los servicios de la mutua, es decir el 14 de enero de 2014, a su centro de salud, donde, al referir la nueva sintomatología, hasta entonces desconocida para su médico de atención primaria, y los resultados de su visita a la clínica de la mutua, se contacta urgentemente con el Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y”, de suerte tal que tan solo un día después, 15 de enero de 2014, la paciente ingresa en el referido Servicio, en el que, practicadas las oportunas pruebas de imagen que permiten confirmar la sospecha diagnóstica, es intervenida el día 18 de enero de 2014, con resultado satisfactorio y buena evolución, tal y como figura en el informe obrante al folio 81 del expediente.

En definitiva, y a la vista de los datos obrantes en el expediente, consideramos que las actuaciones médicas realizadas en los distintos Servicios de la sanidad pública a los que acudió la reclamante resultó en todo momento acorde con la *lex artis ad hoc*, siendo resuelta con prontitud, y ajustada a la sintomatología referida en cada momento a los mismos por la paciente, por lo que procede desestimar la presente reclamación.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.