

Expediente Núm. 338/2017
Dictamen Núm. 28/2018

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de febrero de 2018, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 12 de diciembre de 2017 -registrada de entrada el día 20 de ese mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por las secuelas que atribuye a un retraso diagnóstico de una fractura-luxación de la vértebra T9.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de marzo de 2017, una persona que manifiesta actuar en nombre y representación de su hermano incapacitado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por aquel como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

Tras indicar que es la "representante legal (tutora)" del perjudicado, "incapacitado de modo total y absoluto para regir su persona y bienes" por Sentencia firme del Juzgado de Primera Instancia de Siero de 15 de septiembre de 2000, expone que el día 14 de diciembre de 2015 es atendido en el domicilio por el Servicio de Urgencias del Centro de Salud "por dolor de espalda secundario a caída casual de la cama", pautándosele "Diclofenaco y Nolotil", y precisa que "no constan pruebas diagnósticas realizadas".

Manifiesta que al día siguiente "es atendido de nuevo" por su médico de Atención Primaria por "no mejoría del dolor, y es derivado por ello a Urgencias" del Hospital, donde es valorado por el Servicio de Traumatología, se le realiza una "radiografía simple de zona lumbo sacra", se le diagnostica "contusión dorso lumbar" y se le pauta "tratamiento para dolor", siendo "dado de alta" y "enviándole a su domicilio sin medida precautoria alguna".

Señala que el 16 de diciembre de 2015 "es atendido de nuevo" por su médico de Atención Primaria "por persistencia y agravamiento del dolor, complementándole la medicación pautada", y reseña que el paciente "no podía levantarse de la cama", por lo que se solicita ingreso en el Hospital, aunque "tal requerimiento no es atendido". Considera que esta "situación ya refleja la urgencia de un estudio más profundo (...), puede haber algo más que un simple traumatismo, tal y como se constata posteriormente".

Añade que el 19 de diciembre de 2015 ingresa de nuevo en el Hospital y, tras realizarle una "TC toraco lumbar", se objetiva "fractura luxación T9 complicada con paraplejía + alteración de esfínteres". El 29 de diciembre se le practica "artrodesis T7-T12", y "se traslada al Hospital de Rehabilitación" el 22 de enero de 2016 "por buena evolución de su intervención", recibiendo "el alta hospitalaria" el 27 de abril con el diagnóstico de "paraplejía postraumática diferida en relación con caída en diciembre de 2015. ASIA A, nivel T9. Vejiga neurógena con disinergia vesico esfinteriana, intestino neurógeno retencionista, disfunción eréctil, escara sacra, pautándosele medicación y otras medidas".

Comunica que mediante Resolución de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda de 12 de septiembre de 2016 "se valora la dependencia actual" para

las actividades básicas de la vida diaria “en 76 puntos, lo que supone una situación de dependencia grado III”.

Afirma que “de los hechos descritos se constata que no se realizó el diagnóstico correcto en un primer momento, lo que dio lugar a una evolución de la lesión de cinco días hasta que fue ingresado el 19-12-2015 en Urgencias del (Hospital), momento en el que ya se diagnosticó la fractura vertebral y sus efectos medulares”. A su juicio, “es evidente el error diagnóstico (...) por no realizar, agotar, todas las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico correcto: fractura luxación T9”.

Solicita una indemnización de quinientos cuarenta y cinco mil ochocientos sesenta y siete euros con treinta y un céntimos (545.867,31 €) (*sic*), que desglosa en los siguientes conceptos: 132 días hospitalarios, 9.482,88 €; 4 días impeditivos, 233,64 €; 80 puntos de secuelas, consistentes en paraplejía D6-D10, 191.172 €; un 10 % de factor de corrección sobre esta última cantidad por “perjuicios económicos”, 19.117 €; los “daños morales complementarios (secuela excede de 75 puntos)”, 95.862,67 €, y la “ayuda de terceras personas” para grandes inválidos, 230.000 €.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Informe médico del Centro de Salud, de 11 de noviembre de 2016, en el que se indica que, “según consta en su historia clínica:/ El día 14-12-2015 fue atendido en domicilio por Servicio de Urgencias del Centro de Salud por dolor lumbar secundario a caída casual en su domicilio, según refirió la familia./ El día 15-12-2015 es atendido de nuevo” por el médico de Atención Primaria, por lo que es derivado a Urgencias del Hospital “para valoración (...). El día 16-12-2015 se le complementa el tratamiento analgésico por persistencia de dolor./ No consta en historia clínica ninguna otra consulta en este centro de salud”. b) Informe clínico de Urgencias del Hospital, de 15 de diciembre de 2015, en el que figuran como enfermedades previas “dislipemia/ DM II/ retraso mental”. Consta que el 15 de diciembre de 2015 el paciente, de 59 años, “acude a Urgencias derivado por su (médico de Atención Primaria) por lumbalgia tras

caída hace 24 h de la cama. Refiere la madre que se cayó desde la cama golpeándose la región lumbar./ No TCE./ Paciente con déficit cognitivo". A la exploración presenta "dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares y musculatura paravertebral" y a "la flexoextensión lumbar. No dolor a la palpación de palas ilíacas ni articulación coxofemoral. No dolor a la flexoextensión de la cadera ni rotación. Movilidad de MMII normal. No clínica neurovascular distal. Lassegue y Bragard -". Se le realiza una radiografía de columna lumbar y se halla "imagen compatible con fractura acuñaamiento crónica de L1". Se solicita interconsulta al Servicio de Traumatología, que informa que "a la exploración presenta dolor de características mecánicas a nivel de apófisis espinosas y musculatura paravertebral dorsolumbar de forma generalizada, sin existir un claro punto selectivo de dolor a la palpación. La movilidad está conservada, aunque refiere dolor con movimientos del tronco. Fuerza y sensibilidad conservada en extremidades. No focalidades neurológicas. En radiografías de (columna) lumbar se observa una imagen compatible con fractura acuñaamiento crónica de L1, no impresionando patología ósea aguda en el momento actual./ Impresión diagnóstica: contusión dorso-lumbar". Durante el ingreso se administra medicación -Diclofenaco-, constanding "mejoría tras medicación pautada". Se le da el alta ese mismo día con la indicación de "volver si empeora", recomendándosele "mantener reposo relativo, lo que permita el dolor los próximos días (...). HBPM si permanece encamado (...). Analgesia habitual si precisa por dolor (...). Calor seco en región dorso lumbar (...). Control evolutivo por su (médico de Atención Primaria)". c) Informe de traslado del Servicio de Traumatología al de Rehabilitación, de 22 de enero de 2016, en el que se refleja, en el apartado relativo a historia actual, "varón de 59 años, sufre caídas en domicilio el martes y el sábado (hace 3 y 6 días). Desde entonces dolorido, algo agitado; desde hace 3 días deja de caminar y se niega a estar de pie. Hoy es traído a Urgencias porque los familiares notan que no tiene sensibilidad en ambos MMII y tiene aparente pérdida de control de esfínteres. Paciente con retraso mental que vive con su madre". El 19 de diciembre de 2015 ingresa a cargo del Servicio de Traumatología. En la

exploración física realizada al ingreso "no moviliza ambos MMII, falta de sensibilidad a este nivel. Difícil delimitar el nivel de la anestesia por poca colaboración (...). Movilización de ambos MMSS espontánea, aparentemente no dolorosa. No priapismo, no hipotensión ni bradicardia". Se realizan pruebas complementarias (bioquímica, hemograma) y una TC toracolumbar en la que se observa "fractura-luxación de T9 (tanto de elementos anteriores como posteriores) con ocupación del canal medular". El 29 de diciembre se le practica artrodesis torácica T7-T12 por fractura "luxación de T9 complicada". El paciente es valorado por el Servicio de Rehabilitación que informa que "hace unos 15 días sufre caída en domicilio con dolor intenso en columna", siendo la impresión diagnóstica de "paraplejía T9 vertebral y metamérica ASIA-A con alteraciones esfinterianas./ Inicio tratamiento y solicitado traslado". El 22 de enero de 2016 es dado de alta en Traumatología e ingresa a cargo del Servicio de Rehabilitación. d) Informe clínico de alta del Servicio de Rehabilitación, de 27 de abril de 2016, en el que se consigna que el paciente, que ingresa el 19-12-2015 a las 03:23 horas, "el 15-12-15 acude a Urgencias tras caída de la cama con traumatismo en región lumbar, se realiza radiografía en la que se observa acuñaamiento de L1 que impresiona de crónico y es alta tras valoración por Traumatología con medidas analgésicas y reposo. Tres días después vuelve a Urgencias por pérdida de fuerza en extremidades inferiores, alteración de la sensibilidad y falta de control de esfínteres. Es valorado por Neurocirugía que recomienda realizar TC toracolumbar en el que se objetiva fractura-luxación de D9 con ocupación del canal medular. Ingres a cargo de Traumatología, que el 29-12-15 le interviene para colocar artrodesis posterior D7-D11 con sistema S4, con buena evolución, por lo que pasa a cargo de Rehabilitación". En el apartado relativo a evolución y comentarios se reseña que "se organizan los trámites de Trabajo Social y es alta a residencia de Noreña con su madre, ambos con plaza del ERA./ Actualmente el paciente no tiene dolor, por su lesión presenta una vejiga neurógena que precisó sondaje vesical, se hicieron tres intentos de retirada de la sonda que no fueron posibles por no tolerancia (...) y por hematuria inmediata tras sondajes intermitentes; se consultó con el Servicio de

Urología que deciden continuar con sonda permanente. Será revisado en (consultas externas) de Urodinámica para valoración de otro método de vaciado vesical. Fue intervenido de fimosis”. Se establece el diagnóstico principal de “paraplejía postraumática diferida en relación con caída en diciembre 2015. ASIA A nivel T9”, y como otros diagnósticos figuran los de “fimosis intervenida./ Vejiga neurógena con disinergia vesico-esfinteriana./ Intestino neurógeno retencionista./ Disfunción eréctil./ Anemia ferropénica./ Escara sacra cicatrizada actualmente”. e) Informe clínico de alta de Rehabilitación, de 21 de octubre de 2016. f) Resolución de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, de 12 de septiembre de 2016, por la que se reconoce al interesado una “situación de dependencia grado III”. g) Certificaciones del Registro Civil de Siero sobre la inscripción de nacimiento del afectado, con anotación marginal de incapacitación, e inscripción de tutela. h) Recibos de una entidad bancaria relativos al abono de los gastos de “residencia”. i) Certificado de empadronamiento. j) Informe médico pericial, elaborado por un especialista en Valoración Médica del Daño Corporal e Incapacidades Laborales el 10 de enero de 2017, en el que, tras exponer la cronología de los hechos, realiza diversas consideraciones sobre los traumatismos medulares. Señala que “cualquier enfermo que haya sufrido un traumatismo y presente alguna de las siguientes características debe considerarse como posiblemente afectado por un trauma raquimedular (...): pacientes con trauma menor pero que presentan molestias a nivel de la columna (dolor cervical, dorsal o lumbar) o síntomas o signos neurológicos (parestias, debilidad, parálisis) (...). Todos estos enfermos deben ser inmovilizados en la recogida del lugar del accidente para prevenir movimientos pasivos o activos de la columna, o bien deben ser estabilizados y transportados a un centro hospitalario donde puedan ser explorados y valorados radiológicamente, teniendo especial importancia el evitar maniobras incorrectas que generen movilizaciones de raquis, con resultados muy desfavorables”. Concluye que “tras el estudio de los informes y cronología de los mismos, queda constatado que no se realizó el diagnóstico correcto”, puesto que el día 15 de diciembre de 2015 “tras la exploración se realizan estudios

radiológicos que evidencian un acúñamiento antiguo de L1, es decir, no se realiza un estudio radiológico del raquis dorsal-medio, sino de charnela dorso-lumbar, pautándose reposo, analgesia si precisa y calor local, con empeoramiento grave y progresivo de su situación clínica, con alteraciones esfinterianas, con anestesia completa de ambas extremidades inferiores”. Añade que “los traumatismos medulares son una verdadera emergencia, ya que de la calidad y rapidez del tratamiento depende en parte el pronóstico funcional del paciente. Por ello, ante cualquier sospecha de lesión medular los principales esfuerzos deben dirigirse a la identificación de la existencia de un trauma medular, el correcto diagnóstico de los mismos y la conveniente estabilización de las fracturas desde el mismo momento de la atención inicial del enfermo al objeto de evitar lesiones neurológicas secundarias, situación que desgraciadamente no se produjo en este paciente, con empeoramiento progresivo a lo largo de los días, desde el momento de la caída hasta la fecha del diagnóstico correcto, que tuvo unos efectos indeseables muy graves e irreversibles que le convirtieron en un gran inválido, precisando de ayuda de 3.^a persona para (las actividades básicas de la vida diaria)”. Finalmente, destaca que “el paciente caminaba y no existía afectación neurológica tras la caída, es decir, en las primeras horas y días, siendo el deterioro progresivo a lo largo de los 5 días posteriores, en (los) que (...) solo tenía como recomendación reposo relativo; el retardo del diagnóstico determinó una grave lesión medular con resultado de paraplejía tras fractura-luxación con lesión medular visualizada 5 días después, en 1.^o momento por estudios radiológicos simples del segmento dorso-lumbar y posteriormente de TAC”.

2. El día 30 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Mediante escrito de 7 de abril de 2017, 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.

4. Con fecha 11 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas designa al Inspector de Prestaciones Sanitarias que actuará en el presente procedimiento.

5. En idéntica fecha, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe de los servicios intervinientes (Urgencias, Traumatología y Facultativo/a de Atención Primaria del centro de salud) en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de las historias clínicas de Atención Primaria y Especializada.

6. Mediante escrito de 17 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la reclamante el nombre y domicilio de la compañía aseguradora.

7. Obra incorporada al expediente una copia del parte de reclamación remitido a la correduría de seguros.

8. El día 3 de mayo de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de Atención Especializada en formato electrónico, así como el informe emitido por un Médico Adjunto del Servicio de Traumatología del Hospital el 30 de abril de 2017. En él, tras exponer el curso hospitalario del paciente, manifiesta que "la primera vez que valoro y atiendo al paciente (...) es el día 29 de diciembre de 2015 para la realización de la intervención quirúrgica consistente en instrumentación vertebral posterior T7-T11 y aporte de injerto para estabilización de la lesión vertebral, que se desarrolló sin incidencias (...). El posoperatorio inmediato

cursó sin complicaciones relevantes de la cirugía (...). Fue trasladado a la Unidad de Lesionados Medulares del Servicio de Rehabilitación el 22 de enero de 2016, quedando a su cargo”. Adjunta el informe de traslado del Servicio de Traumatología al de Rehabilitación de 22 de enero de 2016, ya aportado por la reclamante.

En la historia clínica figura, entre otros documentos, el informe clínico de Urgencias del Hospital de 18 de diciembre de 2015 (folio 696 de la historia Millennium). En él consta que ingresó a las 19:03 h y que se trata de un “paciente con antecedentes de fractura acuñaamiento crónica de L1 que hace 4 días sufrió caídas de la cama y acudió a Urgencias de Traumatología, siendo dado de alta con Rx lumbar sin signos de patología aguda./ Desde entonces ha permanecido encamado y la familia refiere que desde ayer presenta de forma de instauración rápida pérdida de movilidad total + pérdida de sensibilidad + pérdida de control de esfínteres./ No presenta ninguna otra sintomatología a otro nivel. Ha estado portando un parche de Feliben que ha retirado hoy”.

Con fecha 15 de mayo de 2017, se recibe en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias el 10 de mayo de 2017. En él señala que el paciente acude el día 15 de diciembre de 2015 derivado por su médico de Atención Primaria “al presentar una lumbalgia postraumática de veinticuatro horas de evolución (...). Se le realizó una exploración física en la que no se objetivaron déficit en la movilidad de las extremidades inferiores ni signos de alerta por alteraciones vasculares o neurológicas de las mismas. Se objetivó dolor a la `palpación en región lumbar y dolor a la movilización del raquis lumbar´./ Se le realizó una exploración radiológica simple de la región lumbosacra que puso de manifiesto una imagen compatible con fractura acuñaamiento crónico de la primera vértebra lumbar./ Probablemente por las condiciones especiales del paciente, que hacen más difícil la interpretación de la sintomatología, se solicitó la colaboración del Servicio de Traumatología que realizó una valoración urgente, no encontrando necesario la indicación de más pruebas complementarias urgentes./ Por otro lado (...), el paciente `caminaba y

no existía afectación neurológica tras la caída'. Por lo tanto, con la sintomatología que presentaba en ese episodio y los hallazgos de la exploración física no parece indicada la solicitud de más estudios de imagen con carácter urgente. No existía aparentemente ningún síntoma o signo de alarma que pudieran haber hecho sospechar la evolución posterior".

El 18 de mayo se registra de entrada en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por la Médica de Familia del Centro de Salud y la historia clínica de Atención Primaria. En el informe, de 11 de mayo de 2017, se enumeran los "problemas de salud actuales" del paciente y el tratamiento farmacológico habitual. En el apartado relativo a "observaciones" se hace constar que se trata de un "paciente de 60 años que en el momento de su adscripción al Centro de Salud (mayo de 2015) presenta la patología objeto de reclamación, por lo que me remito a la historia clínica previa para el conocimiento de los hechos expuestos./ En el momento actual (...) se encuentra ingresado" en el Hospital

En la historia clínica remitida consta registrado un episodio de "contusión de espalda" el 14 de diciembre de 2015. Según el curso descriptivo, el médico acude "a domicilio por dolor lumbar bajo que localiza en la inserción pélvica de musc. lumbar. La familia refiere caída en pasillo. No hematomas. RsCs Rs dentro de la normalidad. Ahora mejor tras toma de 2 Orfidales. (Tratamiento): Diclofenaco I.M. Nolotil cap/6-8 h 3 días. Control por (médico de Atención Primaria)". El 15 de diciembre figura anotado "Urgencias generales-primera consulta", y el 16 de diciembre que "pasó mala noche, muchísimo dolor./ Cambio de tratamiento:/ Feliben/72 h./ Zaldiar/8 h./ Ver evolución".

9. Mediante oficio de 15 de junio de 2017, la Coordinadora de Auditorías Asistenciales y Docentes remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de recabar el informe pericial de la compañía aseguradora.

Con fecha 28 de agosto de 2017, tres especialistas en Traumatología y Ortopedia emiten informe en el que, tras analizar el curso clínico del paciente,

indican que “la columna torácica se divide funcionalmente en dos regiones, torácica (T1-T10) y dorso-lumbar (T11-L2) (...). Las fracturas a nivel torácico presentan clínicamente una sintomatología que hace fácil su sospecha. La palpación de las apófisis espinosas en un enfermo desnudo y en decúbito dorsal puede permitir observar un dolor provocado, una prominencia anormal o una desviación del eje del raquis, pudiendo comprobarse el relieve de una apófisis espinosa, una tumefacción paravertebral o una equimosis./ La evaluación neurológica es un paso esencial en la exploración (...). Estas pruebas consisten en una exploración motora, sensitiva y un examen de los reflejos”.

En cuanto al tratamiento de las fracturas-luxaciones toracolumbares, señalan que “en pacientes sin déficit neurológico rara vez está indicada la cirugía urgente, debiéndose realizar una planificación quirúrgica cuidadosa”, y subrayan que precisan “tratamiento quirúrgico inmediato” los pacientes con “múltiples fracturas asociadas de huesos apendiculares (...), grave traumatismo craneoencefálico con irritación cerebral (...), indicios de deterioro neurológico progresivo” y en casos de “espondilitis anquilosante”. Afirman que el retraso en la cirugía también “debe emplearse en pacientes que tienen lesiones neurológicas completas cuando hay poca probabilidad de recuperación significativa”.

Por lo que se refiere al caso que nos ocupa, entienden que “existe una clara falta de correlación entre el traumatismo (...), banal, de baja energía, por caída de la cama, según manifiesta la familia, y la intensidad y gravedad de las lesiones sufridas (fractura estallido de T9 y luxación T8-T9 con paraplejía establecida completa) (...). El paciente fue valorado hasta por cuatro profesionales que realizaron las correspondientes anamnesis y exploraciones, no apreciando signos de alarma en cuanto a la existencia de una fractura vertebral, y menos aún de una lesión medular. Se realizaron los oportunos estudios radiográficos en función de la zona sintomática referida por el paciente y su familia (...). Desde el punto de vista cronológico, resulta llamativo que en la reclamación se haga referencia a un único traumatismo de fecha 14 de diciembre de 2015, mientras que en la historia clínica realizada con fecha 19 de

diciembre de 2015 queda perfectamente recogido por el médico explorador que el paciente sufrió dos traumatismos en el periodo de tres días (el primero 6 días antes de la fecha de la exploración y el segundo tres días después de aquel). Dadas las características de las lesiones presentadas por el paciente consideramos altamente probable que el segundo traumatismo se produjera con posterioridad a la asistencia realizada el día 15 de diciembre, puesto que en las fracturas estallido con luxación de la columna dorsal torácica en caso de lesión neurológica esta siempre aparece de manera completa o incompleta en el momento del traumatismo". Muestran su acuerdo con las afirmaciones de la doctora que suscribe el informe pericial aportado por la reclamante "cuando expone las circunstancias en las que se debe sospechar un traumatismo raquimedular", aunque tras valorar "las asistencias de este paciente previas al 19 de diciembre de 2015 veremos que en ningún momento reunía ninguna de las condiciones". Añaden que, "dada la intensidad de la gravedad de las lesiones sufridas por el paciente, consideramos que en ningún caso pueda atribuir la existencia de dichas lesiones a un traumatismo originado por una caída de la cama, sino, puesto que las lesiones diagnosticadas en el paciente se originan sistemáticamente por traumatismos de alta energía, consideramos mucho más probable que (...) sufriera un tipo de traumatismo diferente al referido por la familia (precipitación, caída por escaleras, etc.)".

Respecto a la asistencia dispensada al paciente una vez diagnosticada la fractura-luxación de T9 con paraplejía metamérica a dicho nivel, indican que "tras estabilización del paciente se procede a realizar artrodesis vertebral T7-T12 según práctica traumatológica habitual", y aclaran que "la evolución es la habitual, realizando en un primer momento el paciente tratamiento rehabilitador, siendo posteriormente trasladado a residencia asistida junto con su madre. En dicha evolución se presentan los habituales problemas de los pacientes parapléjicos con úlceras por presión, infecciones urinarias que son tratadas por el servicio público de salud, precisando (...) en algunas circunstancias ingreso hospitalario".

Con base en ello concluyen que “las asistencias practicadas se ajustaron en todo momento a las consideraciones de la *lex artis ad hoc*, empleando los medios necesarios para llegar al diagnóstico del paciente y utilizando el arsenal terapéutico que dispone la Traumatología actual; se mantuvo al paciente y a su familia perfectamente informados de los avatares de su evolución, manteniendo un constante seguimiento de la evolución de su enfermedad. No encontramos signos de desidia, abandono, impericia o mala praxis, y evidentemente consideramos que no existió error diagnóstico alguno, sino que la lesión fue diagnosticada en la primera ocasión (en) que el paciente acudió a los servicios de salud estando dicha lesión presente”.

10. Mediante escrito notificado a la interesada el 25 de octubre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 6 de noviembre de 2017 se persona aquella en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos de que consta al día de la fecha.

Con fecha 14 de noviembre de 2017, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta su “disconformidad con el dictamen médico (...), cuyos razonamientos y conclusiones considera especulativos”, y asevera que “los hechos y las fechas son los que se reflejan en nuestro escrito de reclamación”.

Tras aludir a la existencia de diferentes errores en las fechas apuntadas en los informes médicos, sostiene que “no pueden ser la base para especulación alguna”. Así, “el informe (traslado Traumatología) de fecha 19-12-2015 (...) se refiere a caída (hace tres y seis días) y remarca (martes y sábado) que según calendario de diciembre de 2015 se correspondería con los días 12 y 15, y no el 17, como pretende el dictamen médico, para suponer y sugerir una hipotética caída posterior a la consulta de Urgencias del día 15. Es más, en el documento referido (...), en el apartado evolución y comentarios (...), dice que hace unos 15 días sufre caída en domicilio, no se especifica qué

fecha se toma como referencia de partida, lo que no cuadra ni con el calendario ni con lo que refiere en el apartado historia actual". También pone de relieve que de "haber una caída por las escaleras o una precipitación posterior al día 15-12-2015 (...) ¿no habría de presentar, en tal caso, el lesionado otros signos? (...). No aparece en los informes referencia alguna a signos compatibles con esa consideración".

De otro lado, destaca que el día 16 de diciembre de 2015 vuelven a avisar al médico de Atención Primaria "por persistencia del dolor, por lo que se complementa el tratamiento analgésico", concretamente "Felibén parches transdérmicos", que -según indica- "tiene como principio activo la Buprenorfina, opioide (...) indicado para grandes dolores", por lo que plantea que, "si era una simple contusión, ¿no parece extraño que precise una medicación analgésica tan fuerte?".

Finalmente, reprocha que no se haya realizado "una radiografía más extensa, puesto que la simple lumbar no podía explicar por qué también estaba afectada de dolor la zona dorsal, apófisis espinosas y musculatura paravertebral". Añade que el paciente el 15 de diciembre de 2015 fue dado de alta "sin ninguna medida precautoria".

11. El día 17 de noviembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

12. Con fecha 28 de noviembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que, "en el presente caso, la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. La asistencia prestada se adecuó a los signos clínicos que presentaba (...), empleando los medios necesarios para llegar al diagnóstico del paciente y efectuar el tratamiento. En la atención prestada en el Servicio de Urgencias el día 15-12-2015 no existían signos clínicos de fractura vertebral o afectación medular. Tuvo una nueva

caída tres días después de la primera (19-12-2015), según el informe de la asistencia prestada ese día, no siendo `un baile de fechas`, como pretende la reclamante, ya que no existe una equivocación en la fecha de la caída, sino que se habla de dos caídas. En la primera atención en Urgencias el paciente sale caminando. Por otra parte, dado el tipo de fractura (estallido de la vértebra) y la forma de presentación de la clínica, esta tuvo que producirse tras la segunda caída”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de diciembre de 2017, 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el perjudicado activamente legitimado para formular reclamación de

responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Habiendo sido declarado aquel incapaz, está facultada para actuar en su nombre la reclamante, que es hermana y tutora suya a tenor de la documentación aportada al expediente.

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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 27 de marzo de 2017, habiendo concluido el ingreso hospitalario durante el que se dispensó la asistencia por la que se reclama el día 27 de abril de 2016, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, observamos que el informe emitido por el Servicio de Traumatología el 30 de abril de 2017 se limita valorar la asistencia dispensada al paciente tras la intervención quirúrgica a la que fue sometido el 29 de

diciembre de 2015, y remite al informe de traslado del Servicio de Traumatología al de Rehabilitación de 22 de enero de 2016, por lo que no aborda las imputaciones vertidas por la interesada en la reclamación. Al respecto, este Consejo viene reiterando (entre otros, Dictámenes Núm. 293/2016 y 155/2017) que el trámite de emisión de informe del servicio o servicios implicados en la reclamación no puede entenderse cumplido con la incorporación de los evacuados durante el proceso sanitario asistencial, y, por tanto, con anterioridad al inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial. El artículo 81.1 de la LPAC demanda la elaboración de un informe posterior a la presentación de la reclamación que no puede suplirse por la información que sobre este extremo figure en el historial clínico respectivo, ya que ello impide conocer la versión que el servicio implicado pueda tener acerca de datos y consideraciones que consten en la reclamación planteada. No obstante, en el caso examinado, y a la vista de la documentación obrante en el expediente, este Consejo, en aplicación de los principios de eficacia y economía procesal, no considera precisa la subsanación del defecto expuesto, pues la emisión de un nuevo informe por el servicio afectado no supondría variación en el sentido del presente dictamen.

Asimismo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

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

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones

Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

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

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

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reclama una indemnización por los

daños que se atribuyen al retraso diagnóstico de una fractura-luxación de la vértebra T9.

De la documentación obrante en el expediente se desprende que el día 15 de diciembre de 2015 el perjudicado acude al Servicio de Urgencias del Hospital con traumatismo en la región lumbar, se realiza radiografía en la que se observa acúñamiento de L1 que impresiona de crónico y es alta tras valoración por Traumatología con medidas analgésicas y reposo. Tres días después vuelve de nuevo a Urgencias por pérdida de fuerza en extremidades inferiores, alteración de la sensibilidad y falta de control de esfínteres. Es valorado por Neurocirugía y se le realiza una TC toracolumbar en la que se objetiva fractura-luxación de D9 con ocupación del canal medular. Permanece ingresado en dicho centro hospitalario hasta el 27 de abril de 2016, fecha en la que cursa alta con el diagnóstico de "paraplejía postraumática diferida en relación con caída en diciembre de 2015. ASIA A, nivel T9. Vejiga neurógena con disinergia vesico esfinteriana, intestino neurógeno retencionista, disfunción eréctil, escara sacra, pautándosele medicación y otras medidas". Por tanto, la realidad del daño alegado ha quedado acreditada con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

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*.

Por 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.

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 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 su solicitud inicial la reclamante afirma que al perjudicado "no se (le) realizó el diagnóstico correcto en un primer momento, lo que dio lugar a una evolución de la lesión de cinco días hasta que fue ingresado el 19-12-2015 en Urgencias del (Hospital), momento en el que ya se diagnosticó la fractura

vertebral y sus efectos medulares”. A su juicio, “es evidente el error diagnóstico (...) por no realizar, agotar, todas las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico correcto: fractura luxación T9”.

En contraposición a ello, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas sostiene en la propuesta de resolución que “la asistencia prestada se adecuó a los signos clínicos que presentaba el paciente, empleando los medios necesarios para llegar al diagnóstico (...) y efectuar el tratamiento”. Asimismo, señala que el perjudicado “tuvo una nueva caída tres días después de la primera (19-12-2015), según el informe de la asistencia prestada ese día, no siendo `un baile de fechas´, como pretende la reclamante, ya que no existe una equivocación en la fecha de la caída, sino que se habla de dos caídas. En la primera atención en Urgencias el paciente sale caminando. Por otra parte, dado el tipo de fractura (estallido de la vértebra) y la forma de presentación de la clínica, esta tuvo que producirse tras la segunda caída”.

Por tanto, y con carácter previo al análisis de la asistencia sanitaria dispensada al perjudicado, se hace necesario aclarar si este sufrió un único traumatismo, cuyo alcance no fue diagnosticado la primera vez que acude a Urgencias, o si por el contrario se produjeron dos caídas acaecidas en fechas distintas, como sostienen quien suscribe la propuesta de resolución y los peritos de la compañía aseguradora, de manera que las secuelas que padece el perjudicado serían consecuencia de un segundo traumatismo sufrido con posterioridad a la primera visita al Servicio de Urgencias del Hospital

Esta última versión de los hechos la plantean en primer lugar los especialistas en Traumatología y Ortopedia que elaboran el informe solicitado por la compañía de seguros. En él llaman la atención sobre la cronología de los hechos, puesto que en la reclamación se hace “referencia a un único traumatismo de fecha 14 de diciembre de 2015 mientras que en la historia clínica realizada con fecha 19 de diciembre de 2015 queda perfectamente recogido por el médico explorador que el paciente sufrió dos traumatismos en el periodo de tres días (el primero 6 días antes de la fecha de la exploración y el segundo tres días después de aquel)”, aludiendo al informe de traslado del

Servicio de Traumatología al de Rehabilitación de 22 de enero de 2016, según el cual el paciente “sufre caídas en domicilio el martes y el sábado (hace 3 y 6 días)”.

Además, consideran que “existe una clara falta de correlación entre el traumatismo (...), banal, de baja energía, por caída de la cama, según manifiesta la familia, y la intensidad y gravedad de las lesiones sufridas (fractura estallido de T9 y luxación T8-T9 con paraplejía establecida completa)”, y estiman “altamente probable que el segundo traumatismo se produjera con posterioridad a la asistencia realizada el día 15 de diciembre”.

Este planteamiento es rechazado de plano en el escrito de alegaciones, que pone de relieve que existen “diferentes errores en las fechas apuntadas en los informes médicos”. En efecto, en el informe de traslado al Servicio de Rehabilitación se alude a la existencia de dos caídas acaecidas en el domicilio del paciente “el martes y el sábado (hace 3 y 6 días)”. Según la literalidad del informe, uno de los traumatismos debió tener lugar el sábado 12 y el otro el martes 15 de diciembre de 2015, puesto que debe tomarse como referencia para el cómputo del tiempo la madrugada del día 19 de diciembre, fecha en la que el paciente queda ingresado en el Servicio de Traumatología (figura como fecha del ingreso el 19-12-2015 a las 03:23 h). Ahora bien, en ninguno de los restantes documentos que integran la historia clínica se hace referencia alguna al hecho de que el paciente se hubiese caído dos veces. En primer lugar, aporta la reclamante un informe médico en el que el facultativo de Atención Primaria relata el curso clínico relativo a este episodio, y a cuyo tenor se habría producido una única caída por la que el paciente fue atendido en su domicilio el día 14 de diciembre; ante la falta de mejoría con el tratamiento pautado, el día 15 lo derivan al Servicio de Urgencias del Hospital, y el día 16 el médico de Atención Primaria le complementa el tratamiento analgésico por persistencia de dolor. Según indica, “no consta en historia clínica ninguna otra consulta en este centro de salud”, lo que se ve corroborado por las hojas correspondientes al listado de episodios. En segundo lugar, el perjudicado acude por primera vez a Urgencias el día 15 de diciembre de 2015 “derivado por su (médico de Atención

Primaria) por lumbalgia tras caída hace 24 h de la cama”, lo que, tomando como referencia la fecha del ingreso, nos remite de nuevo a un traumatismo sufrido el día 14. Con fecha 18 de diciembre de 2015 vuelve de nuevo a Urgencias del Hospital, existiendo tres informes distintos sobre este ingreso. El primero de ellos (folio 696 de la historia Millennium) se refiere a la consulta en Urgencias el día 18 de diciembre, constando como hora del ingreso las 19:03, y se especifica que “hace 4 días sufrió caídas (*sic*) de la cama y acudió a Urgencias”, lo que encajaría en la tesis de una caída sufrida el día 14 de diciembre, como sostiene la interesada. El segundo informe recoge el ingreso del paciente el día 19 de diciembre (a las 03:23 h) en el Servicio de Traumatología hasta su traslado al Servicio de Rehabilitación el 22 de enero de 2016. Por último, el informe clínico de alta del Servicio de Rehabilitación de 27 de abril de 2016 alude a un único traumatismo “tras caída de la cama” por el cual acude a Urgencias el día 15 de diciembre.

A la vista de ello, consideramos insuficiente la base sobre la que los peritos de la compañía aseguradora, y por ende la Administración, sostienen su planteamiento, toda vez que únicamente en el informe del Servicio de Traumatología de 22 de enero de 2016 se registra la existencia de dos caídas sucedidas en fechas distintas, mientras que en el resto de la historia clínica del paciente se refleja la existencia de un único traumatismo, que en todo caso habría tenido lugar antes del 15 de diciembre -primera vez que acude a Urgencias hospitalarias-. Si el Instructor del procedimiento consideró que la fractura sufrida por el perjudicado no se produjo según el relato manifestado por la familia debió emplear los medios probatorios puestos a su alcance para acreditar tal extremo, de manera que las carencias del resultado de la instrucción no pueden perjudicar a la parte reclamante, quien no tiene ninguna responsabilidad en el mismo.

De otro lado, no podemos obviar la argumentación vertida por la Administración sobre la falta de correlación entre el traumatismo referido por la familia y las lesiones efectivamente producidas. Incluso en la propia historia clínica del paciente se habla de tres causas distintas: “caída en pasillo” (folio

128), "caída de la cama" (folios 7 y 14 del expediente y 696 de la historia Millennium) y "caída casual en su domicilio" (folio 6 del expediente)". Ahora bien, consideramos que ello no obsta para resolver la cuestión sometida a consulta, que no es otra que analizar si se ha producido un error en el diagnóstico -como sostiene la reclamante- "por no realizar, agotar, todas las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico correcto: fractura luxación T9", o si por el contrario este se adecuó a la clínica referida por el perjudicado en cada momento.

En apoyo de sus imputaciones, la interesada aporta un informe médico suscrito por una especialista en Valoración del Daño Corporal según la cual "no se realizó el diagnóstico correcto", puesto que el día 15 de diciembre de 2015 "tras la exploración (...) no se realiza un estudio radiológico del raquis dorsal-medio, sino de charnela dorso-lumbar", y considera que ello fue determinante en la "grave lesión medular" que sufre el paciente.

Al respecto, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias afirma que "se le realizó una exploración física en la que no se objetivaron déficit en la movilidad de las extremidades inferiores ni signos de alerta por alteraciones vasculares o neurológicas de las mismas. Se objetivó dolor a la palpación en región lumbar y dolor a la movilización del raquis lumbar'./ Se le realizó una exploración radiológica simple de la región lumbosacra que puso de manifiesto una imagen compatible con fractura acúñamiento crónico de la primera vértebra lumbar". Añade que "probablemente por las condiciones especiales del paciente (retraso mental, déficit cognitivo), que hacen más difícil la interpretación de la sintomatología, se solicitó la colaboración del Servicio de Traumatología que realizó una valoración urgente, no encontrando necesario la indicación de más pruebas complementarias urgentes". También debe tenerse en cuenta que en el informe del Servicio de Urgencias consta que presenta "fuerza y sensibilidad conservada en extremidades. No focalidades neurológicas", y que en la radiografía no se objetivó "patología ósea aguda" en ese momento. Por ello, concluye el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias que "con la sintomatología que presentaba en ese episodio y los

hallazgos de la exploración física no parece indicada la solicitud de más estudios de imagen con carácter urgente. No existía aparentemente ningún síntoma o signo de alarma que pudieran haber hecho sospechar la evolución posterior del paciente”.

Igualmente, debemos tener presente, como indican los especialistas en Traumatología y Ortopedia que informan a instancias de la compañía aseguradora, que “las fracturas a nivel torácico presentan clínicamente una sintomatología que hace fácil su sospecha. La palpación de las apófisis espinosas en un enfermo desnudo y en decúbito dorsal puede permitir observar un dolor provocado, una prominencia anormal o una desviación del eje del raquis, pudiendo comprobarse el relieve de una apófisis espinosa, una tumefacción paravertebral o una equimosis”. Sin embargo, el paciente presentaba un “dolor de características mecánicas” que se localizaba en la musculatura paravertebral dorsolumbar, pero “de forma generalizada, sin existir un claro punto selectivo de dolor a la palpación” (informe clínico de Urgencias de 15 de diciembre de 2015). Y recordemos una vez más que conservaba la movilidad de las extremidades inferiores, no hallándose “focalidades neurológicas”. Además, debe significarse que la familia refiere en todo momento traumatismo a nivel lumbar, y así se constata en la exploración física del paciente, como queda reflejado en los informes correspondientes. Por tanto, lo expuesto hasta el momento no permite apreciar la existencia de signos que alertaran de alguna anomalía en la columna torácica, y la clínica que presentaba el paciente tampoco demandaba *a priori* la realización de otras pruebas.

Como se apunta en el informe médico-pericial aportado por la Administración, “el paciente fue valorado hasta por cuatro profesionales que realizaron las correspondientes anamnesis y exploraciones, no apreciando signos de alarma en cuanto a la existencia de una fractura vertebral, y menos aún de una lesión medular. Se realizaron los oportunos estudios radiográficos en función de la zona sintomática referida por el paciente y su familia”. Y explican que “en las fracturas estallido con luxación de la columna dorsal

torácica en caso de lesión neurológica esta siempre aparece de manera completa o incompleta en el momento del traumatismo”. Por ello, tras valorar las asistencias de este paciente previas al 19 de diciembre de 2015 entienden que “en ningún momento reunía ninguna de las condiciones” en las que se debe sospechar un traumatismo raquímedular.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que el 15 de diciembre el paciente fue dado de alta con la indicación de “volver si empeora”, pese a lo cual no volvió a Urgencias hasta el día 19 de ese mes. En esta fecha la clínica que presentaba era sustancialmente diferente a la sintomatología referida en la anterior consulta, pues acudía por falta de sensibilidad en ambos miembros inferiores y pérdida de control de esfínteres, lo que motivó la realización de un estudio más completo, incluyendo una TC toracolumbar que objetivó la “fractura-luxación de T9 (tanto de elementos anteriores como posteriores) con ocupación del canal medular”.

En definitiva, 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, o los signos, que lo evidencien con certeza.

La familia también reprocha que el paciente fue dado de alta el día 15 de diciembre pese a haber solicitado el ingreso, “enviándole a su domicilio sin medida precautoria alguna”. En cuanto a la primera cuestión, no existe constancia de tal petición en ninguno de los informes que obran en el expediente. Respecto a la ausencia de “medidas precautorias”, señala la perito que informa a instancia de la interesada que “cualquier enfermo que haya sufrido un traumatismo” y haya sido considerado “como posiblemente afectado por un trauma raquímedular (...) deben ser inmovilizados en la recogida del lugar del accidente (...), o bien deben ser estabilizados y transportados a un centro hospitalario donde puedan ser explorados y valorados radiológicamente, teniendo especial importancia el evitar maniobras incorrectas que generen movilizaciones de raquis, con resultados muy desfavorables”. Ahora bien, este paciente ya había sido explorado y valorado en un centro hospitalario, se había

descartado enfermedad ósea y no existía afectación neurológica -como reconoce la citada perito al afirmar que “el paciente caminaba y no existía afectación neurológica tras la caída”-, por lo que las recomendaciones pautadas (reposo relativo, analgesia y calor) por el facultativo del Servicio de Urgencias resultan adecuadas a la clínica y diagnóstico que presentaba en ese momento (contusión dorso-lumbar).

En cuanto al tratamiento de las fracturas-luxaciones toracolumbares, en el informe médico pericial de 28 de agosto de 2017 se explica que “en pacientes sin déficit neurológico rara vez está indicada la cirugía urgente, debiéndose realizar una planificación quirúrgica cuidadosa”. Diagnosticada la fractura con fecha 19 de diciembre, y tras la estabilización del paciente, fue intervenido quirúrgicamente el día 29 de ese mes, realizándose artrodesis vertebral T7-T12, según práctica traumatológica habitual que se desarrolló sin incidencias, siendo trasladado posteriormente a la Unidad de Lesionados Medulares del Servicio de Rehabilitación el 22 de enero de 2016.

Finalmente, y por lo que se refiere a las secuelas que en la actualidad presenta, informan los especialistas en Traumatología y Ortopedia que “la evolución es la habitual, realizando en un primer momento el paciente tratamiento rehabilitador, siendo posteriormente trasladado a residencia asistida junto con su madre. En dicha evolución se presentan los habituales problemas de los pacientes parapléjicos con úlceras por presión, infecciones urinarias que son tratadas por el servicio público de salud, precisando el paciente en algunas circunstancias ingreso hospitalario”.

Así las cosas, este Consejo no puede sino concluir que no se ha acreditado que la asistencia sanitaria prestada al interesado hubiera infringido la *lex artis ad hoc*, y que las secuelas que presenta no guardan relación con una mala práctica médica, sino que son consecuencia del traumatismo sufrido.

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.