

Dictamen Núm. 266/2022

V O C A L E S :

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

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 10 de noviembre de 2022, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 2 de junio de 2022 -registrada de entrada el día 9 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia de la deficiente valoración del cuadro clínico que presentaba y que derivó en una paraplejía.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 30 de julio de 2021 una abogada, en nombre y representación de la interesada, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la deficiente valoración del cuadro clínico que presentaba y que le provocó una paraplejía.

Expone que el día 30 de junio de 2020 -a la edad de 71 años- sufre una caída en su domicilio y acude a su centro de salud, siendo derivada al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde se le diagnostica “lumbalgia postraumática”.

Indica que tras su primera visita al Servicio de Urgencias precisó atención domiciliaria por “presentar un importante dolor y una evidente limitación funcional”, y que el 26 de julio de 2020 vuelve al Servicio de Urgencias por persistir el “dolor lumbar, del que no mejoraba a pesar del tratamiento analgésico”, precisando que se le diagnostica nuevamente “lumbalgia postraumática” y se la remite a su domicilio.

Manifiesta que el 4 de agosto de 2020 “acude, por tercera vez, al Servicio de Urgencias (...), donde, a petición propia y de sus familiares, fue atendida (por primera vez) por los especialistas (...) de Traumatología”, quienes aprecian “lumbalgia. Acuñaamiento vertebral D7”, por lo que aquel “primer diagnóstico, o bien era erróneo o bien, al no utilizar las técnicas diagnósticas disponibles, no se pudo obtener el que, a la postre, fue el certero”.

Explica que el día 5 de agosto, “al intentar levantarse y no poder mantenerse en pie”, regresa a Urgencias “quedando ingresada en el Servicio de Medicina Interna (...). Al día siguiente (...), ante la imposibilidad de mover sus piernas”, es derivada al Servicio de Traumatología, que ya le diagnostica “paraplejía”. Señala que el día 8 de agosto “la facultativa de guardia (...) decide la realización de un TAC urgente que (...) muestra desaparición prácticamente completa del cuerpo vertebral T5 y manguito de partes blandas hipercaptante a su alrededor que se extiende por el canal medular, compatible todo ello con una (fractura) con hematoma, sin poder descartar la existencia de (fractura) sobre vértebra previamente patológica’ (...). Al realizarle el escáner es cuando se detecta lo que realmente acaeció, es decir, la desaparición completa del T5, aunque no se indica en los informes cuál fue el motivo que desencadenó tan grave lesión”.

Añade que el día 9 de agosto es ingresada en la UCI y se le realiza una resonancia magnética de “deficiente calidad” que informa de “una afectación prácticamente total del cuerpo vertebral T5, con edema acompañante (...) a nivel del cuerpo vertebral superior y en menor medida del inferior, acompañándose de componente de partes blandas, que invade parcialmente el canal medular y el mediastino posterior, donde se evidencia la existencia de alguna pequeña colección milimétrica, extendiéndose el edema por los planos

blandos, por detrás de los pilares del diafragma”, y que el 20 de agosto otra resonancia magnética “confirma `colapso-fractura del cuerpo vertebral de T5 con líquido -edema en su interior-´ y se emite el diagnóstico de `espondilodiscitis T5. Paraplejia”, solicitando valoración al Servicio de Medicina Física y rehabilitación” del Hospital “Y” (Lesionados Medulares)”.

Subraya que el 18 de septiembre de 2020 el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario San Agustín emite, entre otros, el diagnóstico de espondilodiscitis en torno a cuerpo vertebral T5 con repercusión neurológica: Paraplejia MMII”.

Señala que en el momento de presentación de la reclamación continúa “recibiendo rehabilitación reparadora y permanece en seguimiento” por parte del Hospital “X”, precisando “silla de ruedas, sin posibilidad alguna de mejoría”.

Fija “provisionalmente” el *quantum* indemnizatorio en trescientos mil euros (300.000 €).

Afirma que “se aportará en su momento informe pericial” e interesa la práctica de prueba testifical, solicitando que se tome declaración a su hijo, y que se dé traslado de la reclamación a la compañía aseguradora.

Acompaña copia del poder general para pleitos otorgado por la perjudicada en favor, entre otras, de la abogada que suscribe la reclamación.

2. Mediante escrito de 9 de agosto de 2021, 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, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. El día 10 de septiembre de 2021 el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada a la interesada, “en contestación a lo solicitado”, los datos de la compañía aseguradora con la que el Servicio de Salud del Principado de Asturias tiene contratada una póliza de responsabilidad civil.

4. Con fecha 10 de septiembre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas acuerda denegar la práctica de la prueba testifical solicitada, al “considerar que con la documentación solicitada existen suficientes elementos de juicio para valorar la praxis médica en este caso”.

Consta en el expediente la notificación de dicho acuerdo a la interesada.

5. Mediante oficio de 4 de octubre de 2021, y previa solicitud formulada al efecto, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente, junto con los informes emitidos por los Servicios de Urgencias y de Traumatología.

El informe suscrito por la Jefa de la Unidad de Urgencias señala que la paciente “fue vista el día 30 de junio de 2020 tras haber sufrido una caída en domicilio y haber sido remitida desde (Atención Primaria) a descartar fractura (...), realizándose una exploración general y (...) enfocada al traumatismo (palpación y percusión de apófisis y musculatura paravertebral y caderas), así como exploración neurológica completa. Se le solicitaron las pruebas complementarias habituales e indicadas en un traumatismo: radiografía en 2 proyecciones de columna dorsal y lumbosacra, en las que no se objetivan fracturas. La paciente es alta con las recomendaciones habituales”, y el 27 de julio “acude nuevamente (...) por persistencia del dolor, a pesar de haber añadido su (médico de Atención Primaria) más analgesia. La médica de Urgencias revisa las radiografías previas, realiza nueva exploración completa sin objetivar cambios (no hay puntos de exacerbación dolorosa y la exploración neurológica es rigurosamente normal), repite las radiografías (dorsal y lumbar 2P), no objetivando acúñamientos (que es la sospecha diagnóstica ya que en estos traumatismos es habitual que hasta pasadas unas semanas pueda no verse la fractura y la paciente continúa con dolor). Es alta con ajuste de tratamiento y recomendándose nueva valoración en caso de persistir dolor o aparecer signos de alarma (que se explicaron)”. Señala que el día 3 de agosto

“acude por tercera vez a Urgencias por persistencia del dolor. La médica de Urgencias realiza, además de nueva exploración general y detallada, una (...) analítica (a fin de descartar otros procesos que pudiesen contribuir a mantener el dolor) y repite la radiografía dorsolumbar y de pelvis. La médica de Urgencias (...) identifica un posible acúñamiento vertebral y solicita valoración por Traumatología”. Añade que la paciente vuelve el día 5 “por persistir dolor lumbar y haber comenzado durante la noche con debilidad en miembros inferiores que le impide la deambulaci3n. Se realiza exploraci3n general y neurol3gica urgente, as3 como solicitud de nuevas radiograf3as y anal3tica. Con los diagn3sticos de infecci3n de orina (que de por s3 justifica debilidad en MMII, junto con el dolor lumbar de la fractura-acúñamiento de la octava vértebra dorsal y el tratamiento con m3rficos), la paciente ingresa para continuar estudios (...). En su urinocultivo creci3 una *Klebsiella pneumoniae* y en los hemocultivos un *Staphylococcus epidermidis*. En este contexto infeccioso la paciente empeora de la movilidad de MMII ya objetivándose déficit motor, por lo que se solicita TC de columna dorsal, y con posterioridad una RM en la que aparecen datos compatibles con una espondilodiscitis que evoluciona a shock y deterioro neurol3gico con la evoluci3n y secuelas que el informe de (Medicina Interna) describe”. Concluye que “la atenci3n prestada a la paciente en la Unidad de Urgencias tras acudir por el traumatismo dorsal ha sido adecuada, ajustada a la *lex artis* y a los protocolos habituales. Se le han solicitado las pruebas pertinentes (...) y se ha solicitado la valoraci3n por Traumatología cuando estaba indicado, esto es: cuando se objetiva una fractura. Solicitud de valoraci3n que se produce, como queda demostrado, por iniciativa de Urgencias ante el hallazgo radiol3gico y no por presi3n familiar”, subrayando que “las pruebas complementarias se realizan en funci3n de los hallazgos y de forma proporcionada a estos. No est3 indicado de rutina, sin hallazgos neurol3gicos u otros criterios de gravedad, otras pruebas que la radiolog3a simple./ Mientras no se objetiva fractura un dolor consecuencia de un traumatismo es una `lumbalgia postraumática´”. Añade que “cuando la paciente comienza con otros datos sintomáticos y exploratorios es cuando se indican otros estudios, que orientan a un proceso distinto a un traumatismo lumbar; una espondilodiscitis que orienta a

etiología infecciosa con hemocultivo positivo para *Staphylococcus epidermidis*". Finaliza afirmando que "el cuadro clínico que presentó la paciente y que conlleva sus secuelas no es resultado de la progresión del cuadro clínico inicial: un traumatismo lumbar, sino un proceso infeccioso-inflamatorio como queda (de) manifiesto y bien explicado en el informe de alta de Medicina Interna".

El Servicio de Traumatología remite el informe clínico con el motivo de la consulta del 3 de agosto de 2020, un resumen de la historia, la exploración física y el resultado de pruebas con el diagnóstico de "acuñamiento 7.^a vértebra dorsal", mencionando que la paciente no acude a revisiones "ya que con fecha 5-08-20 ingresa en el Servicio de Medicina Interna por espondilodiscitis T5 con paraplejia", solicitándose nueva valoración al Servicio de Traumatología.

6. El día 29 de octubre de 2021, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto reitera a la Gerencia del Área Sanitaria III el informe del Servicio de Medicina Interna en relación con la reclamación, las notas del curso clínico desde el 30 de junio de 2020 "hasta la actualidad" y las imágenes de las radiografías realizadas los días 30 de junio y 26 de julio de 2020, toda vez que "el Servicio que mayor peso asistencial tuvo (...) fue el (...) de Medicina Interna".

7. Con fecha 23 de noviembre de 2021, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Servicio de Medicina Interna, las notas del curso clínico "desde 30-06-2020 hasta la actualidad" y las imágenes de las radiografías realizadas los días 30 de junio y 26 de julio de 2020.

El Jefe del Servicio de Medicina Interna señala que se toma contacto con la paciente el 5 de agosto de 2020, y que "en ese momento ya se sabía que (...) presentaba el acuñamiento de una vértebra torácica y había recibido tratamiento con analgésicos opiáceos" con "mejoría del dolor, pero acude ese día a Urgencias por presentar debilidad en ambos miembros inferiores con imposibilidad para la bipedestación./ Al constatar una paraparesia el día del ingreso y con la sospecha de la existencia de una compresión medular se solicita RMN (...). Asimismo, debido a la existencia de febrícula tras las primeras 48 h de

ingreso se sospecha la posibilidad de infección y se instauro tratamiento antibiótico./ La paciente queda inicialmente a cargo del Servicio de Traumatología, con seguimiento evolutivo por parte de Medicina Interna. El día 8 de agosto (...) presenta un pico febril elevado, decidiéndose por parte de los médicos de guardia de Medicina Interna la realización de una TAC urgente donde se objetiva una desaparición prácticamente completa del cuerpo vertebral T5 con manguito de partes blandas hipercaptante a su alrededor y múltiples fragmentos óseos, si bien no se visualiza la existencia de fragmentos en canal medular (...), sí la existencia de una masa de partes blandas, sugiriéndose por parte de Radiología las posibilidades diagnósticas de fractura con hematoma, no pudiendo descartarse la existencia de fractura sobre una vértebra previamente afectada de otra patología./ Se comenta ese mismo día 8 con el Hospital "Y" la posibilidad de traslado para RMN urgente, dado que no era posible realizarla en el Hospital "X", rechazándose dicha posibilidad por el centro de referencia./ El día 9 de agosto la paciente presenta fiebre con deterioro hemodinámico, ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos en situación de shock y fracaso renal (...). Se realizan hemocultivos donde se demuestra el crecimiento de *Staphylococcus epidermidis*, y el día 11 de agosto (...) la RMN solicitada (...) confirma el diagnóstico de espondilodiscitis. Desde el día 9 de agosto la paciente está cubierta por una pauta antibiótica de Ceftriaxona y Cloxacilina, que el día 13 de agosto se adapta incluyendo Daptomicina dados los resultados en los hemocultivos (...). Vuelve a planta de Medicina Interna el día 12 de agosto" (*sic*). Destaca que "el Servicio de Medicina Interna se limitó al tratamiento antibiótico prolongado durante seis semanas, según protocolos de tratamiento de espondilodiscitis con Daptomicina y Ceftriaxona. Dicho tratamiento fue completado en sus últimos días por el Servicio de Hospitalización a Domicilio".

Concluye que "se trata de una paciente vista en agosto de 2021 por el Servicio de Medicina Interna que fue diagnosticada correctamente, solicitándose el mismo día del ingreso el escáner de columna vertebral que llevó al diagnóstico de espondilodiscitis con compresión medular (...), y que completó tratamiento antibiótico satisfactoriamente desde el punto de vista de la curación de la infección", destacando que las lesiones neurológicas ya estaban presentes en el

momento del ingreso y que medidas adicionales no aportarían nada a la evolución neurológica.

8. El día 25 de enero de 2022, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante reclama a la Gerencia del Área Sanitaria III la documentación solicitada por los peritos de la compañía aseguradora, consistente en radiografías realizadas en el Servicio de Urgencias los días 3 y 5 de agosto de 2020 y el tac y la resonancia realizados entre los días 8 y 20 de agosto de 2020.

9. Mediante oficio de 3 de febrero de 2022, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la información requerida.

10. Con fecha 8 de abril de 2022, la interesada presenta un escrito en el que solicita que “se impulse el procedimiento por sus trámites y se informe debidamente del estado de tramitación”.

11. El día 31 de marzo de 2022, emiten informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, uno de ellos en Cirugía Ortopédica y Traumatología y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él afirman que “no observamos negligencia ni mala praxis en ningún momento de la asistencia prestada”, destacando que “la causa de la paraplejia ha sido la espondilodiscitis aguda (...) sobre una fractura vertebral D5 previa en fase subaguda, no (...) un mal manejo de la fractura vertebral dorsal inicial ni de la espondilodiscitis”.

Explican que “la espondilodiscitis infecciosa es una entidad infrecuente en la que el hueso vertebral y el disco adyacente son colonizados por microorganismos. Las bacterias provocan una respuesta inflamatoria aguda, mientras que las microbacterias, *Brucellas pp.* y los hongos, la provocan granulomatosa, lo que implica presentaciones clínicas diferentes./ Presenta incidencia aproximada de 1/100.000-250.000 habitantes/año./ El foco primario puede tener su origen en la piel, el tracto genitourinario, el aparato respiratorio,

los catéteres, la endocarditis o las infecciones dentales. Sin embargo, es muy común que no se pueda identificar” y que “el cuerpo vertebral y el disco pueden ser colonizados por diseminación hematológica (la vía más habitual), por contigüidad desde abscesos cercanos o por inoculación directa habitualmente al realizar técnicas médicas”.

Señala, entre los factores de predisposición, “pacientes en edades superiores de la vida, usuarios de drogas por vía parenteral, estados de inmunodeficiencia como el sida, artritis reumatoide (...), enfermedad neoplásica, antecedentes de fracturas vertebrales, fallo renal, tratamiento de diálisis, endocarditis infecciosa, anemia falciforme, enolismo activo, tabaquismo activo, diabetes mellitus e infección activa en cualquier otra localización del organismo”, advirtiendo que “microbiológicamente el *Staphylococcus aureus* causa más del 50 % de los casos” y que “el dolor raquídeo es el síntoma más comúnmente referido”. Añaden que “en el 10 - 30 % de los pacientes persisten importantes secuelas a largo plazo. Las principales son el déficit neurológico (paresia, parálisis, disfunción vesical) y el dolor crónico”.

12. Con fecha 5 de abril de 2022, se incorpora al expediente un segundo informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración elaborado por una especialista en Medicina Interna. En él indica que la espondilodiscitis es una infección de la columna vertebral de “diagnóstico (...) difícil debido a lo inespecífico de sus síntomas y la frecuencia con que se observa dolor de espalda en la población general”, refiriendo entre los factores de riesgo los “traumatismos que alteren la arquitectura normal del hueso” y la diabetes mellitus, y entre las vías por las que los microorganismos llegan a la columna la diseminación hematológica desde un foco infeccioso distante cuyo origen puede encontrarse, entre otras opciones, en infecciones del tracto genitourinario, “si bien en muchas ocasiones (hasta el 30 – 50 %) no es posible determinar el origen primario de la infección./ El curso clínico de las espondilodiscitis bacterianas es habitualmente subagudo y la sintomatología inespecífica./ El síntoma más frecuente es el dolor”.

Señala que el día del ingreso, “ante el déficit neurológico de reciente aparición se solicita prueba de imagen (...) cuyo resultado sugiere la presencia de un hematoma, hecho coherente con el antecedente traumático, sin datos que sugieran proceso infeccioso vertebral aún./ Y no se desatiende una posible infección urinaria, que se sospecha en Urgencias, iniciándose tratamiento antibiótico a espera del resultado del urocultivo”, que “se obtiene posteriormente en planta”, afirmando que “nada se hubiera podido hacer en Urgencias que evitara esta evolución”.

Pone de relieve, frente a lo afirmado en la reclamación, que “las pruebas de imagen son de muy deficiente calidad, si bien no es debido a problema técnico, sino, como queda reflejado en los informes de Radiología, a la constitución física de la paciente, cuya obesidad dificulta la realización de las pruebas”.

Respecto a las primeras visitas a Urgencias, niega un error diagnóstico y subraya que “48 horas antes del ingreso no hay ningún síntoma que haga sospechar un proceso infeccioso asociado./ La espondilodiscitis aparece en la evolución clínica de la paciente, no siendo previsible. No hay error ni retraso diagnóstico”.

13. Mediante oficio notificado a la interesada el 3 de mayo de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

14. El día 20 de mayo de 2022, la perjudicada presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su reclamación e indica que “de ninguno de los informes obrantes se desprende que los hechos constatados en nuestra solicitud hayan quedado desvirtuados (...). No se alcanza a comprender como tan grave pronóstico no pudo ser certeramente diagnosticado”.

Afirma que “la atención sanitaria no utilizó los medios diagnósticos que tenía a su disposición y estos se han revelado como claramente insuficientes. En este sentido, nos preguntamos por qué no se le hizo con carácter de urgencia

una RMN, que es la prueba más certera para este tipo de patologías (...), que no se realizó hasta el 11 de agosto de 2020 y que efectivamente confirmó el diagnóstico de espondilodiscitis”.

Añade que “nos preguntamos por qué en tan grave estado la paciente era enviada sistemáticamente para su domicilio y de nuevo volvía a Urgencias cada día con un cuadro más grave. Ningún Servicio atendió debidamente la patología que presentaba”, insistiendo en que no se adoptaron medidas que sin duda hubiesen, por lo menos, mejorado su estado clínico, e incluso pudiesen paliar los graves efectos que, en definitiva, se objetivaron”, y que “no se adoptaron los medios disponibles que la sanidad pública tenía a su disposición”, señalando que “es de plena aplicación al caso (...) la doctrina de la pérdida de oportunidad y la del daño desproporcionado”.

15. Con fecha 26 de mayo de 2022, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, afirmando que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La paciente fue atendida correctamente en todo momento de acuerdo con la clínica que presentaba”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 2 de junio de 2022, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la reclamante activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 30 de julio de 2021, y tiene su origen en la atención prestada a la interesada a raíz de una caída producida el 30 de junio de 2020 que se vincula al diagnóstico de paraplejía alcanzado el día 5 de agosto de 2020, por lo que es claro que ha sido 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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se observa 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 resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

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

ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los daños que la interesada anuda a un diagnóstico inicial erróneo de lumbalgia postraumática, al entender que no se emplearon los medios diagnósticos de que se disponía. Considera que concurre una pérdida de oportunidad y un daño desproporcionado, materializado en una paraplejía relacionada con la destrucción de la quinta vértebra torácica secundaria a espondilodiscitis.

Queda acreditada la efectividad del daño sufrido a la luz de la documentación clínica incorporada al expediente. Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la reclamante no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo 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 aquel 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.

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 defectuoso

diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También es criterio de 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.

Pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, la perjudicada no ha desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna en relación con la supuesta mala praxis asistencial, limitándose a formular su interpretación de los hechos, aunque en el escrito de reclamación anuncia la presentación de un informe pericial. En suma, inutiliza el procedimiento administrativo en tanto que, según reiterada jurisprudencia, las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica. Esta forma de proceder determina, como hemos advertido en casos similares (por todos, Dictamen Núm. 195/2022) y tal y como observamos en la Memoria correspondiente al año 2019, que “nuestro pronunciamiento solo puede sustentarse sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente, todos ellos presentados por la Administración y su compañía aseguradora”.

En el supuesto objeto de análisis, la paciente -de 71 años- sufre una caída en su domicilio el día 30 de junio de 2020 y acude a su centro de salud, siendo derivada al Servicio de Urgencias del Hospital “X” con el objeto de descartar una fractura vertebral, lo que así ocurre a la luz de las radiografías que se le practican (dorsal y lumbar). En ese momento sufre dolor en la zona y no presenta ninguna sintomatología sugestiva de un proceso infeccioso, por lo que tras la oportuna exploración se establece el diagnóstico de lumbalgia postraumática y se pauta tratamiento analgésico. Tras ello y debido a la persistencia del dolor vuelve al Servicio de Urgencias el 26 de julio, constatándose en la exploración que presenta fuerza y sensibilidad normal en los miembros inferiores y se repite la prueba de imagen dorsal y lumbar

descartando fractura y compromiso neurológico local. La Jefa de la Unidad de Urgencias explica en su informe que en ese momento “la médica de Urgencias revisa las radiografías previas, realiza una nueva exploración completa sin objetivar cambios (no hay puntos de exacerbación dolorosa y la exploración neurológica es rigurosamente normal), repite las radiografías (dorsal y lumbar 2P) y no objetiva acúñamientos (que es la sospecha diagnóstica, ya que en estos traumatismos es habitual que hasta pasadas unas semanas pueda no verse la fractura y la paciente continúa con dolor). Es alta con ajuste de tratamiento y recomendándosele nueva valoración en caso de persistir dolor o aparecer signos de alarma (que se explicaron).

El día 3 de agosto la reclamante acude de nuevo a dicho Servicio, afebril y sin afectación neurológica, descartándose leucocitosis. En esta visita la médica de Urgencias, además de efectuar una exploración física general, solicita una analítica para descartar otros procesos y una tercera radiografía dorsolumbar y de pelvis. A la vista de la misma se sospecha que pueda presentar un “acúñamiento vertebral”, por lo que se requiere la atención del Servicio de Traumatología. En ese instante las imágenes no muestran destrucción ósea o afectación de los platillos de vértebras adyacentes que puedan revelar o hacer sospechar una infección vertebral, y la exploración constata que la paciente mantiene la “deambulaci3n conservada”. El Servicio de Traumatología emite un diagnóstico de “probable fractura vertebral D7 sin afectaci3n neurológica”, reajustando el tratamiento.

Por tanto, hasta entonces las exploraciones y las pruebas diagn3sticas practicadas resultan ser las adecuadas seg3n protocolo en atenci3n a los s3ntomas que la paciente presenta y a la luz de las pruebas de imagen, que inicialmente no muestran ninguna se1al que permita adelantar otro diagn3stico que aquel al que se llega. La alegaci3n inicial de que ese “primer diagn3stico, o bien era err3neo o bien, al no utilizar las t3cnicas de diagn3stico disponibles, no se pudo obtener el que, a la postre, fue el certero” choca con lo que muestra la historia cl3nica de la paciente, que refleja el esfuerzo diagn3stico realizado por los servicios sanitarios.

Por el contrario, en la prueba de imagen realizada el día 3 de agosto sí se aprecia un cambio respecto a las previas, detectándose una fractura vertebral por compresión (“acuñamiento”), tipo de fractura que suele ser estable y que normalmente no lleva asociado un daño neurológico. Como señala el primer informe pericial elaborado a instancia de la compañía aseguradora, “se trataba (...) de una fractura oculta estable de una vértebra dorsal de 5 semanas de evolución cuyo tratamiento no hubiese sido diferente de haberse objetivado en la radiografía inicial; es decir, no existe ninguna pérdida de oportunidad por haberse diagnosticado 5 semanas después del tratamiento”.

El día 5 de agosto la interesada acude al Servicio de Urgencias explicando que había mejorado en lo que al dolor se refiere pero que esa noche había notado debilidad en los miembros inferiores, siendo incapaz de caminar. La exploración física muestra disminución de fuerza en ambos miembros inferiores y reflejo cutáneo plantar indiferente, quedando ingresada a cargo del Servicio de Traumatología. A la vista de la nueva situación, se solicita una prueba de imagen, justificada en este momento por el déficit neurológico, el cual había sido descartado en las atenciones hospitalarias previas tras realizar una exploración adecuada para determinar si existía o no un cuadro que lo sugiriese. Esta prueba permite detectar un hematoma que es compatible con la caída sufrida inicialmente por la paciente, y en este momento ningún dato permite advertir la presencia de una infección vertebral. En la prueba de imagen efectuada el día 5 no se aprecian cambios respecto a la del día 3.

El día 6 presenta febrícula y se le pauta tratamiento antibiótico debido a la presencia de una infección de tracto urinario. Posteriormente, y a la vista del resultado del urocultivo *-Klebsiella pneumoniae-* se ajusta el tratamiento antibiótico. Se realiza un TAC los días 8 y 10 de agosto y en ambos casos se evidencia espondilodiscitis aguda en la quinta vértebra torácica. A las 72 horas del ingreso la paciente presenta fiebre y un cuadro de shock hipovolémico, por lo que es trasladada a la UCI, donde permanece ingresada entre el 9 de agosto y el 12 de septiembre. Al momento del alta hospitalaria el diagnóstico es de “infección urinaria aguda por *Klebsiella pneumoniae*, fractura vertebral D5, espondilodiscitis T5 (hemocultivo: *Staphylococcus epidermidis*), paraplejia de

miembros inferiores y shock hipovolémico y fracaso agudo prerrenal". Descartado el tratamiento quirúrgico, la enferma está realizando en el momento de presentar la reclamación "rehabilitación reparadora".

Sin ningún soporte pericial ni literatura médica que avale la pretensión, la perjudicada alega que inicialmente, o más tempranamente, debía habersele efectuado una resonancia magnética, que sí se le practica durante el ingreso de 5 de agosto, cuando por vez primera se acreditan cambios significativos en la evolución de su enfermedad al evidenciarse que la noche anterior la paciente había notado debilidad en los miembros inferiores, siendo incapaz de caminar, advirtiéndose que la febrícula no comienza hasta el 6 de agosto. En este contexto, y a luz de las periciales obrantes en el expediente, se concluye que las pruebas llevadas a cabo hasta esa fecha (tres series de radiografías dorsales, lumbares y de pelvis y petición de analítica y consulta con el especialista) obedecían a la sintomatología que mostraba en cada momento.

En este sentido cabe recordar, como hace la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 1 de diciembre de 2020 -ECLI:ES:TSJM:2020:14307- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10.^a) en un caso en el que se demanda por la ausencia de pruebas y tratamiento específico para la espondilodiscitis y en el que solo se realiza una radiografía cuando el paciente ya presenta algún síntoma más allá del dolor mecánico, que "los recursos son limitados y no está justificado realizar un TC y una RM ante todo paciente con dolor lumbar sin ningún signo de alarma, ya que el TC produce mucha radiación ionizante (...) y por tanto tiene que estar completamente justificada la exposición a las radiaciones", poniendo de relieve que "el problema de la espondilodiscitis (...) es que su curso clínico es habitualmente subagudo y la sintomatología inespecífica, lo que condiciona un gran retraso diagnóstico". En el supuesto que analizamos, al contrario de lo que alega la reclamante, tal retraso diagnóstico no existe dado que en el momento inicial el cuerpo vertebral no se veía afectado, siendo colonizado posteriormente, posiblemente por colonización hematógena debida al cuadro de infección del tracto urinario que lleva a la destrucción vertebral completa y, con ello, a la paraplejia; en idéntico sentido la Sentencia del mismo Tribunal de 3 de julio de

2013 -ECLI:ES:TSJM:2013:10443- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª).

Por tanto, la causa de la paraplejia no se encuentra en modo alguno en un mal manejo de una fractura inicial, que no fue detectada por permanecer oculta a pesar del esfuerzo diagnóstico realizado. Esta fractura, por sí sola, tampoco puede ser la causa de la paraplejia, sino que -a tenor de las explicaciones periciales obrantes en el expediente- posiblemente por una infección padecida por la paciente se produjo una colonización hematógica que afectó a la zona reseñada con el resultado conocido, sin que ello hubiera podido ser anticipado por el personal sanitario.

Al respecto, debemos recordar que la infracción de la *lex artis* ha de valorarse en el marco temporal adecuado, que debe ser *ex ante* y no *ex post*, analizando si las pruebas que se realizaron o las que en el escrito de reclamación se entienden como preferibles estaban indicadas cuando la paciente demandó asistencia sanitaria a la vista del cuadro clínico que presentaba entonces, y no teniendo en cuenta su desgraciada evolución. Valorando la actuación prestada a la luz de la detallada información que obra en el expediente, y que en modo alguno ha sido cuestionada por la reclamante, que se limita a suponer que el desenlace necesariamente debía ser detectable en sus primeras visitas al Servicio de Urgencias -lo que se acredita que no era posible-, solo puede concluirse que las pruebas practicadas fueron no solo las indicadas sino las que entonces eran suficientes, sin que inicialmente la paciente presentase la dolencia que después le afectaría con consecuencias tan dramáticas pero, a los efectos que nos ocupan, imprevisibles.

En definitiva, este Consejo ha de formar su criterio a la luz de los informes de los servicios actuantes y las pruebas periciales incorporadas a las actuaciones, resultando que las imputaciones que vierte la interesada solo se sustentan en sus propias manifestaciones, que parten de una interpretación errónea del proceso sufrido y del propio curso asistencial. Los detallados informes técnicos obrantes en el expediente ponen de relieve que la actuación de los profesionales sanitarios se ajustó a la clínica de la paciente -que fue evolucionando- y a los protocolos médicos aplicables, siendo conforme a la *lex artis ad hoc*. Los daños

reclamados no deben asociarse a las primeras dolencias que presentaba la paciente sino a una patología que inicialmente no concurría, provocada por la colonización por parte de microorganismos que atacaron una zona debilitada de la interesada (espondilodiscitis infecciosa), que fue adecuadamente diagnosticada y abordada. Fue la espondilodiscitis la que afectó a una fractura vertebral, y no esta la que ocasionó aquella, lo que provocó una lesión medular en el momento del inicio de los síntomas del cuadro infeccioso, por lo que la pretensión resarcitoria no puede ser acogida.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.