

Dictamen Núm. 55/2026

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 19 de marzo de 2026, 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 23 de diciembre de 2025 -registrada de entrada el día 30 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del retraso diagnóstico y terapéutico de una mielopatía postraumática, así como de una intervención quirúrgica realizada para su tratamiento.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 21 de agosto de 2024, un letrado presenta en el registro telemático de la Administración del Principado de Asturias, en nombre y representación de la interesada, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por esta, con ocasión del tratamiento de una lesión medular.

Inicia su exposición explicando que, “el día 7 de diciembre de 2022”, la afectada, de 44 años de edad en aquel momento, se encontraba en casa de un

familiar, colaborando en “labores de reforma”, cuando sufrió “una aparatosa caída” mientras “desmontaba un mueble” -precisa que “el mueble la venció en peso, provocando que resbalara de la escalera en la que se encontraba subida y que cayera hacia la encimera, con el mueble encima”-, golpeándose la espalda. Tras la caída “comenzó a sentir un dolor de espalda que se fue intensificando con el paso de las horas” y que, al iniciar su irradiación a una pierna, motiva su asistencia al Servicio de Urgencias del Hospital “X” el día 9 de diciembre. Subraya que, “por causas desconocidas, los facultativos de Urgencias recogieron el accidente sufrido por la reclamante como un “sobreesfuerzo (tras) levantar un peso” en el informe correspondiente, de fecha 10 de diciembre. Señala que “solamente se realizó una radiografía lumbosacra”, siendo el diagnóstico principal al alta el de “lumbalgia aguda”, que empeoró en los días posteriores, por lo que acudió de nuevo al hospital el día 11, fecha en la que se decide su ingreso “para control del dolor’ con el diagnóstico de lumbociatalgia bilateral”. De nuevo, subraya que, en las notas de progreso de la historia clínica, se indicó que la dolencia se origina “sin desencadenante claro ni traumatismo”, “haciendo caso omiso a la información proporcionada por la paciente” y reflejada en “la evaluación de Urgencias realizada 48 horas antes”.

Relata, a continuación, que durante la estancia hospitalaria -que se prolongó hasta el día 19 de diciembre-, la paciente experimentó un “aumento progresivo y alarmante del dolor”, “parestesias en ambas extremidades inferiores”, “aparición de paresia severa en ambas extremidades inferiores”, “dificultad para miccionar” y “estreñimiento”, así como problemas para deambular. Reprocha que, pese a “todos estos síntomas”, la “primera resonancia magnética” se postergó hasta el día 17, mientras que la primera exploración neurológica tuvo lugar el día 19 del mismo mes. Es durante esta última cuando, por primera vez, se realiza “correctamente el trámite de la anamnesis”, fijando “el origen de los padecimientos de la reclamante en el traumatismo sufrido el 7 de diciembre de 2022”.

Reseña que la resonancia “reflejó una compresión medular por una hernia discal torácica en el nivel T10-11, observándose una extrusión discal con

una colección líquida subligamentaria asociada que se orienta como un pequeño hematoma laminar asociado”, hallazgos que determinaron la aplicación de “medidas antiedema” y su traslado inmediato al Hospital “Y”. En este segundo centro, afirma, se estableció “el diagnóstico de hernia discal torácica T10-11”, informándose “tanto a paciente como a familiares (de) que dado el tiempo de evolución de la clínica se carece de beneficio de cirugía de carácter urgente”, si bien, el día 22 de diciembre es intervenida para practicar “discectomía” con abordaje “mediante una laminoartrectomía T10 izquierda”. El empeoramiento durante el posoperatorio inmediato -con evidencia de “plejía derecha completa’ y severa paresia izquierda”, así como la detección de “hematoma epidural anterior asociado que condiciona severa mielopatía compresiva”- provoca una nueva intervención la misma noche del día 22 de diciembre, mediante “abordaje bilateral’ sin encontrarse hematoma epidural posquirúrgico” y, en cambio, se halla “absceso contenido dentro del LVCP (ligamento vertebral común posterior)”. Refiere que el estado de la paciente, tras esta segunda intervención, se refleja en el informe de fecha 25 de enero de 2022, en el que consta que presenta “como una paraplejía completa motora con afectación de esfínteres. Portadora de SVP (sonda vesical permanente)”, sin evidencia de proceso infeccioso. Siguió rehabilitación durante el periodo comprendido entre el mes de enero y el mes de agosto de 2023, parte del cual (a partir del mes de marzo) se desarrolló en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

En cuanto a la relación de causalidad, atribuye a la Administración sanitaria, en primer lugar, un “error en el diagnóstico inicial”, que radicaría en el “desprecio a la información obtenida” en la anamnesis y previa en la historia clínica, en cuanto al origen traumático de la lesión, así como en “una deficiente exploración físico-neurológica”, pospuesta hasta el día 19 de diciembre de 2022. Dentro del mismo, incluye también el “retraso injustificado en la práctica de las pruebas diagnósticas necesarias y razonablemente disponibles en el Servicio de Salud”, como la RMN, y la reiteración “en mantener el erróneo diagnóstico inicial”. En segundo lugar, afirma la existencia de “demora en el

diagnóstico correcto”, reiterando la existencia de retraso en la realización de pruebas al efecto, así como en su deficiente práctica y, en tercer lugar, de “demora injustificada en la intervención” desde el diagnóstico de compresión medular. Por último, alude a una “posible falta de consentimiento informado” su defectuosa prestación, así como a la producción de un “daño desproporcionado”. Con “carácter subsidiario”, señala la existencia de “pérdida de oportunidad de curación”, que relaciona con las anteriores deficiencias expuestas, así como “por la vía de abordaje elegida para practicar la intervención quirúrgica”, cuestión que fundamenta en el criterio establecido por un especialista en Neurocirugía, autor del informe pericial que aporta.

Asocia a “la deficiente asistencia sanitaria recibida” el padecimiento de “una lesión medular a nivel T10-T11”, que, a su vez, determina las secuelas que enumera: “paraplejía incompleta a nivel medular T11”; “dolor neuropático secundario infralesional a nivel T10-T11 (...), agudo y constante”; “espasticidad en miembros inferiores”; intestino y vejiga neurógenos y “sensibilidad alterada en los genitales, con alodinia e hiperalgesia”.

Solicita una indemnización que asciende a un millón quinientos sesenta y un mil doscientos cincuenta y un euros (1.561.251 €), por diversos conceptos que desglosa, identificados con el perjuicio tanto personal como patrimonial.

Adjunta diversa documentación, entre la que se encuentra, además del informe pericial de fecha 4 de agosto de 2024, citado en su escrito, poder notarial relativo a la representación conferida al letrado actuante, documentación clínica relativa al proceso asistencial por el que reclama y facturas correspondientes a material ortopédico y para la deambulación.

2. Previo requerimiento formulado al efecto, el representante de la interesada presenta, con fecha 3 de septiembre de 2024, un escrito aclaratorio en el que expresa que, en la solicitud inicial, se contienen los requisitos exigidos por los artículos 66 y 67 de la Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

3. Con fecha 10 de septiembre de 2024, la Jefa de Sección de Apoyo comunica al letrado la fecha de la entrada de la reclamación de su representada en el Servicio, el procedimiento por el que se tramitará, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, así como el plazo para su resolución y notificación y el sentido de un eventual silencio administrativo.

4. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el día 26 de septiembre de 2024 la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica de Atención Especializada de la reclamante, así como los informes librados por los Servicios de Urgencias y de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital "X".

Con fecha 18 de diciembre de 2024, una responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área Sanitaria IV le remite la historia clínica de la paciente en el Hospital "Y", así como el informe del Servicio de Neurocirugía.

Previa petición realizada al efecto por parte del Servicio instructor, con fecha 28 de abril y 13 de mayo de 2025, la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III remite copia de pruebas diagnósticas (radiografías y resonancias magnéticas) preoperatorias y posoperatorias prescritas por los Servicios de Urgencias y Traumatología del Hospital "X".

A su vez, el día 8 de mayo de 2025, se efectúa la remisión de la documentación relativa a esas pruebas, obrante en el Hospital "Y".

5. A continuación, figura en el expediente un informe pericial librado el día 29 de junio de 2025, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, en el que se exponen diversas consideraciones médicas y valora la praxis en cada una de sus fases: diagnóstico y manejo inicial en Urgencias; tratamiento y manejo en planta de hospitalización, así como el tratamiento quirúrgico. Concluye que, en todas ellas -según razona- los distintos

profesionales intervinientes se adecuaron a la *lex artis ad hoc* en sus actuaciones.

6. Con fecha 22 de septiembre de 2025, una representante de la compañía aseguradora de la Administración suscribe un escrito de “alegaciones”. En él, expresa que, ante la discordancia apreciada entre la imputación y “las valoraciones técnicas” trasladadas a esa mercantil, esta “entendió pertinente, a efectos internos del expediente abierto, que se realizara una exploración”, a fin de determinar las secuelas existentes.

Del examen realizado el día 24 de junio de 2025 por un facultativo especializado en Valoración del Daño Corporal, resulta que la paciente “presenta una lesión incompleta (ASIA D) a nivel de D11, que le condiciona un déficit motor en miembro inferior de predominio derecho y distal”, sin requerir sondaje vesical ni presentar incontinencia fecal.

Con base en la misma, afirma que la reclamación es “excesiva” y detalla la improcedencia de ciertas peticiones.

7. Mediante oficio notificado a la reclamante el 23 de octubre de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia de los documentos obrantes en el expediente

Con fecha 10 de noviembre de 2025, el representante de la interesada presenta un escrito de alegaciones, en el que reitera las imputaciones vertidas en el escrito inicial. En relación con el escrito presentado por la representante de la compañía aseguradora, precisa que reproduce la información trasladada por un perito, pero que la valoración exacta realizada por este no figura incorporada.

8. El día 19 de noviembre de 2025, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, de acuerdo con los informes médicos librados en el curso de la instrucción, y especifica que no se considera

necesaria la inclusión del informe de valoración del daño corporal emitido por un perito de la compañía aseguradora, al ser desestimatoria la propuesta.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de diciembre de 2025, 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 interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular del servicio público sanitario.

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 expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 21 de agosto de 2024, afirmando la reclamante que sus “posibilidades rehabilitadoras” “se agotaron” el día 18 de abril de 2024, “determinándose en ese momento el alcance de sus secuelas” -aduce al efecto un informe de Rehabilitación realizado el día 18 de abril de 2024-. A su vez, el informe pericial de parte, emitido por un especialista en Neurocirugía, identifica el “estado funcional estable” de la paciente con el que presenta, en el mes de septiembre de 2023.

Por nuestra parte, advertimos que debe partirse del reconocimiento de las específicas dificultades que plantean, a efectos de determinación de la fecha del *dies a quo*, los supuestos de patologías neurológicas, objeto de “prolongado seguimiento”, en las que se aplica con “especial intensidad” el principio *actio nondum nata non praescribitur*, tal y como señala la reciente Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 10 de febrero de 2026 -ECLI:ES:TS:2026:361- (Sala Civil), referida a un caso en el que concurre, como elemento adicional determinante de una mayor complejidad, la minoría de edad de la paciente. En el caso que nos ocupa, advertimos que, en el momento del alta -tras la estancia temporal en el centro de referencia nacional especializado en lesión medular-, el día 30 de agosto de 2023, el correspondiente informe señala que la paciente había conseguido “bipedestación y marcha con andador”, detectándose nueva hernia discal -no apreciada en pruebas posteriores-, si bien existen informes que constatan un “empeoramiento” tras ese ingreso (página 2.310 de la historia *Millennium* del Hospital “Y”). En consecuencia, y de acuerdo también con lo expresado por el perito de la compañía aseguradora que valora a la interesada, hemos de considerar como *dies a quo* la fecha del alta en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, 30 de agosto de 2023, concluyendo, en

consecuencia, que la acción se ha ejercitado dentro del plazo de un año, legalmente establecido.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común contenidas 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 del informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 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- concurran, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- La interesada formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del tratamiento de una mielopatía postraumática.

La documentación obrante en el expediente acredita que la reclamante fue atendida, a partir del día 9 de diciembre -en dos hospitales públicos distintos- por un cuadro doloroso que evolucionó, hasta detectarse compresión medular originada por una hernia discal torácica postraumática. Tal patología requirió, a su vez, dos intervenciones quirúrgicas y posterior rehabilitación. En consecuencia, consideramos probado el daño cuyo resarcimiento se solicita, con

independencia de cuál deba ser su exacta cuantificación económica, cuestión que solo abordaremos de estimar que concurren el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial que se demanda. En este sentido, cobra especial relevancia, en cuanto al daño personal sufrido, las precisiones efectuadas por el perito especializado que, a instancias de la compañía aseguradora, valora presencialmente a la afectada, matizando las secuelas alegadas. Asimismo, y en cuanto al daño patrimonial esgrimido, cabe también compartir sustancialmente las apreciaciones formuladas por la misma compañía aseguradora, en relación con el daño emergente cuantificado, referido a una pluralidad de conceptos variados (entre los que se encuentran, por ejemplo, gastos de la asistencia sanitaria futura, la adaptación de vivienda o el “incremento de costes de movilidad”).

Ahora bien, como venimos señalando reiteradamente, la apreciación de la realidad de un daño no implica automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si 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 los perjudicados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

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

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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 el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes -en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada- y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña, *per se*, una vulneración de la *lex artis*.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota, en esencia, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). 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. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre la asistencia dispensada u omitida y el resultado dañoso.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 109/2022) que, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios, excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria, el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de seguimiento o diagnóstico, como sucede en este caso, debe acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia, que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo- y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados o una mayor celeridad en la diagnosis.

En el caso que analizamos, la reclamante distingue varias infracciones de la *lex artis* que cabe reconducir, en síntesis, a tres actuaciones concretas distintas: en primer lugar, el retraso en el diagnóstico de la mielopatía sufrida; en segundo lugar, la demora en la realización de la cirugía necesaria para su tratamiento y, en tercer lugar, la técnica elegida para la práctica de esta última.

La interesada sustenta su argumentación en el informe pericial que adjunta, suscrito por un especialista en Neurocirugía, a cuyas conclusiones se oponen puntualmente los especialistas informantes a instancia de la Administración; uno de ellos, también neurocirujano, perteneciente al Servicio del Hospital "Y" -en el que tienen lugar las dos cirugías- y los restantes, traumatólogos, uno por parte de la compañía aseguradora y otro, por el Hospital "X". Por parte de este último centro, emite también informe la Coordinadora de su Servicio de Urgencias.

La secuencia asistencial descrita en la historia clínica se inicia el día 9 de diciembre de 2022, momento en el que la reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" por "lumbalgia con irradiación a pierna derecha

desde ayer tras realizar sobreesfuerzo y levantar un peso”, siendo dada de alta con el diagnóstico de lumbalgia aguda, previa realización de una radiografía. Ante el empeoramiento experimentado, pese al tratamiento prescrito, acudió de nuevo al hospital el día 11 de diciembre, decidiéndose su ingreso “para control del dolor”. Durante esa estancia, el día 17 de diciembre se realiza resonancia en planos axial y sagital potenciados en T1 y T2, en la que se detecta “protusión focal foraminal izquierda L4-L5”, reflejando que se trata de un “estudio artefactado por los movimientos de la paciente”. Dos días después, se realiza una nueva resonancia “cervical y dorsal urgente”, calificada como “estudio de muy deficiente calidad por los continuos movimientos de la paciente”. En los hallazgos se aludía a que, “a nivel T10-T11”, se observa “ocupación del espacio epidural (...) que, aunque no cumple características típicas” de “hematoma puede corresponder con pequeño hematoma laminar acompañante”, produciendo “en conjunto (...) un efecto masa con compresión sobre el cordón medular”, sin observar “mielopatía clara, no obstante es difícil de precisar dados los múltiples artefactos”. Se deriva de forma urgente al Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y” el día 19 de diciembre, siendo intervenida quirúrgicamente el día 22 de ese mes y reintervenida el mismo día por empeoramiento brusco posoperatorio.

Para mayor claridad expositiva, acometeremos cada una de las imputaciones mediante un análisis separado, comenzando por el alegado retraso diagnóstico de la lesión medular.

El especialista de parte, neurocirujano, expone en sus consideraciones médicas que, “aun en ausencia de exploraciones complementarias, una buena anamnesis (= recogida de los síntomas que el paciente expresa) y exploración física pueden orientar el cuadro clínico de forma sindrómica (= general) y señalar el lugar donde puede localizarse una eventual lesión medular tras un traumatismo”. Añade que “el diagnóstico suele concretarse mediante la radiología simple (Rx), la tomografía computerizada (TC) y principalmente, con la resonancia magnética (RM), que es la prueba príncips para establecer el diagnóstico y la extensión de la afectación anatómica”. También explica que “el

pronóstico de una mielopatía compresiva postraumática va a depender fundamentalmente de dos factores: el primero es la intensidad del daño medular causado”, siendo ese pronóstico “mucho peor” en el caso de “lesiones medulares completas”; el segundo, “el tiempo durante el que la noxa traumática ejerce su efecto dañino sobre la médula espinal”. Respecto a este último, considera indubitado que, “en el caso de lesiones medulares incompletas el tratamiento quirúrgico debe proporcionarse lo antes posible en condiciones seguras para el paciente”, lo que, subraya, “es especialmente importante en pacientes que están presentando un deterioro neurológico progresivo”.

Sentado lo anterior, afirma la existencia de una “llamativa demora diagnóstica y terapéutica desde la primera consulta en Urgencias”, pues “existe un evento traumático inicial muy claro, a partir del cual se desencadena la sintomatología progresiva de la paciente”, motivando su consulta “en Urgencias al día siguiente”. Expresa que, “pese a referir pérdida de sensibilidad en las extremidades inferiores y presentar datos claros en las maniobras de estiramiento radicular, fue dada de alta tras una radiografía simple sin otras pruebas”, que tampoco se practicaron cuando reitera la consulta “al empeorar clínicamente pese al tratamiento indicado, quedando ingresada”. Considera que durante este ingreso, y hasta el día 17 de diciembre, fueron presentándose “cada vez más síntomas y signos de deterioro neurológico, entre los que se documentaron alteraciones sensitivas y motoras y trastornos esfinterianos, en una suerte de paraplejia de instauración a cámara lenta, en espera de la realización de una resonancia magnética y sin recibir ninguna valoración por un neurólogo, pasando por alto los médicos traumatólogos que la atendían todos estos signos de alarma”. Añade que la primera RNM, realizada el día 17 de diciembre, “solamente se centró en la región lumbar, pasando así desapercibida la lesión traumática que se encontraba en la zona torácica baja”, por lo que estima que existe “una clara pérdida de oportunidad terapéutica por mala praxis médica”.

El especialista informante a instancias de la compañía aseguradora, traumatólogo, parte de que “la paciente no refirió que había sufrido traumatismo ni caída hasta que es valorada por el neurólogo el día 19-12-2022. Cuando acude a Urgencias el día 9-12-2022 y el 11-12-2022 y cuando ingresa en planta, la paciente omite este hecho, como queda reflejado en la historia clínica”. La asistencia inicial se produce “por un cuadro de lumbalgia con irradiación hacia miembro inferior derecho, cuadro de lumbociatalgia derecha sin afectación motora (no afectación de fuerza), ni afectación de sensibilidad perineal ni afectación de esfínteres, sin déficit motor para la marcha y sin dolor dorsal”. Tras el ingreso para control del dolor el día 11-12-2022 no se objetivan en ese momento “complicaciones neurológicas”, solicitándose “RM lumbar de manera precoz para estudio de probable hernia discal lumbar el día 12-12-2022”, produciéndose el “empeoramiento clínico con afectación de pérdida de fuerza de (miembros inferiores) a partir del día 17-12-2022 a las 22:00 horas”, momento en el que la paciente advierte pérdida de fuerza, con caída sin consecuencias. Es el día 18 de diciembre de 2022 cuando, ante ese empeoramiento y la falta de “correlación entre la sintomatología de la paciente y el resultado de la RM lumbar se solicita interconsulta con el equipo de Neurología”, que objetiva, al día siguiente, “progresión de clínica neurológica presentando déficit motor de MMII y reconocen que la paciente refiere que tuvo caída” domiciliaria antes de la primera asistencia, por lo que solicitan “RM cervical” y dorsal, diagnosticándose el daño medular por hernia discal D10-D11, momento en que se deriva al Hospital “Y”. Estima que el cuadro inicial que presentaba la paciente era un “cuadro de dolor lumbar atraumático asociado a ciática sin datos de complicación”, siendo el tratamiento habitual -analgesia y vigilancia- el prescrito, cuya corrección no cabe cuestionar, al igual que la decisión de ingreso para control y estudio del dolor. En ese momento, afirma, “es importante destacar que la causa más probable que se debía descartar era que presentara una hernia discal lumbar que afectara a raíces nerviosas lumbares, por lo que la solicitud de la RM lumbar fue correcta”. A su juicio, resulta probado “que la paciente no presentaba ningún síntoma de

complicación neurológica al ingreso, ni afectación de esfínteres, ni déficit motor, por lo que la realización de la RM lumbar no precisaba urgencia”. Estima que la afirmación de que la lesión medular debería haberse diagnosticado desde el inicio de la sintomatología constituye “una interpretación *ex post* de los hechos una vez conocido el desenlace”.

A su vez, el facultativo informante por parte del Servicio de Traumatología del Hospital “X” expone que, en la atención prestada a partir del día 11 de diciembre, la paciente refiere “dolor en región lumbar con irradiación” a “ambos miembros inferiores” y que, en cuanto al origen, la afectada había comunicado la existencia de “esfuerzo físico”, no de traumatismo, con expresa negativa sobre “alteración de esfínteres” o “anestesia/parestesias en región perineal”. Precisa que la decisión de ingreso para control y ampliación de estudios se adopta “dada la mejoría parcial de síntomas” y describe una “evolución” con inicial “buena respuesta en relación al control del dolor” que empeora, con persistencia de “clínica de parestesias-ciatalgia bilateral con predominio derecho e incrementándose la dificultad para la deambulación”. Reseña que, tras la RMN realizada el día 17 de diciembre, el caso se comentó “en sesión clínica”, ante la falta de “correlación clínica con la radiología”, por lo que se solicitó consulta con el Servicio de Neurología, siendo entonces cuando la paciente “indica que el mecanismo de la lumbalgia fue traumático (pues) ‘sufre una caída mientras estaba cargando unos muebles en la cocina golpeándose la espalda y cayendo el mueble sobre ella’”, lo que motiva una ampliación de estudios radiológicos, con el consecuente logro diagnóstico.

Desde el mismo centro, la Coordinadora del Servicio de Urgencias explica que, en la asistencia prestada el día 9 de diciembre de 2022, “se realizó anamnesis”, recogiendo “lo que la paciente relató”, y que, “una vez identificada la causa como secundaria a traumatismo, se realiza la exploración completa y adecuada”, con “la única prueba complementaria indicada en una lumbalgia de corta evolución y sin alteración sensitivo-motora”. Afirmar la corrección de la exploración realizada, con expresa anotación en el informe de “paquete vasculonervioso distal normal”. En cuanto a la asistencia prestada el día 11 de

diciembre, manifiesta que la paciente ofrece “datos compatibles con una crisis de ansiedad por el dolor y datos que pueden sugerir afectación neurológica en el contexto de una lumbalgia”, “objetivándose, tras una completa exploración neurológica por la médica de Urgencias, datos de alarma (debilidad en miembro inferior derecho y menor sensibilidad -hipoestesia-)”, por lo que se solicitó valoración a Traumatología. En la nota de ingreso, por parte de este Servicio, se “indica que ‘fuerza y sensibilidad están conservados (y) simétricos’” y explica que “no es infrecuente esta discrepancia en la valoración de síntomas muy incipientes y que pueden verse modificados por la administración de analgesia y relajantes, pero dicha anotación indica que el traumatólogo de guardia exploró a la paciente buscando signos de alarma”, decidiéndose el ingreso.

Lo expuesto permite apreciar, en primer lugar, una evidente contradicción entre la versión que ofrece la paciente y la que refleja la historia clínica sobre el origen del dolor, primer síntoma que padece. Esa disparidad reviste suma trascendencia, pues orienta desde el inicio -en atención conjunta con la sintomatología concurrente- tanto la sospecha diagnóstica como la realización de las pruebas asociadas a ella. Al respecto, observamos que, en la solicitud, la interesada reprocha llamativamente, como parte del “error en el diagnóstico inicial”, la deficiente anamnesis, pues “recogió el accidente traumático sufrido por la reclamante como un ‘sobreesfuerzo (tras) levantar un peso’” en la primera asistencia, prestada el día 9 de diciembre. Los facultativos informantes niegan que se comunicara el percance sufrido, de notable entidad -caída en altura con impacto de un mueble en la espalda- hasta diez días después, con ocasión de la interconsulta que, el día 12 de diciembre, el Servicio de Traumatología cursa al de Neurología. La aclaración de este extremo no resulta superflua, pues, como decimos, presenta una importancia sumamente relevante en relación con la actuación sanitaria cuestionada -como expondremos- y exige dilucidar, el momento preciso en el que el servicio público conoce el origen traumático de la dolencia de la paciente. En la primera asistencia en Urgencias, el día 9 de diciembre, consta que “acude por lumbalgia de 48 horas de evolución tras sobreesfuerzo” (CD folio 217, copia historia

clínica, p. 7). Información que se mantiene en las anotaciones correspondientes a la segunda atención, prestada en Urgencias el día 11 de diciembre, donde el Servicio de Traumatología recoge que, “según refiere paciente, durante la realización de la anamnesis describió que la causa de dicho dolor inicia posterior (a) un esfuerzo físico, no refiriéndose traumatismo” (CD folio 239, p. 4) y la nota de progreso correspondiente al mismo día señala que “acude a Urgencias por dolor lumbar irradiado a ambos (miembros inferiores) desde hace unos días, sin desencadenante claro ni traumatismo” (CD folio 239, p. 9). Por tanto, todas las anotaciones hechas en el momento en que se producen las primeras asistencias son coherentes y permiten alcanzar la convicción de que la paciente no manifestó en aquel momento que había tenido una caída grave. En este punto, aun cuando la reclamante en su escrito de alegaciones afirme que “comunicó que el dolor había comenzado tras la caída sufrida el 7 de diciembre de 2022 mientras desmontaba un mueble”, lo cierto es que no consta en ninguna de las anotaciones y que, por tanto, no puede darse por probado, pues como ya apuntamos y señalaremos con más detalle, los facultativos sí hacen constar esta manifestación días después, al serle referida por la propia paciente. Este sustrato fáctico permite también salir al paso de la manifestación hecha en la pericial aportada junto a la reclamación, que advierte una contradicción entre la nota de ingreso del día 11 de diciembre con la evaluación de Urgencias hecha el 9 de diciembre, ya que esta “asociaba la aparición de la clínica a la realización de un sobreesfuerzo tras levantar un peso”, mientras que aquella “niega ‘desencadenante claro ni traumatismo’” (folio 37); así, no cabe apreciar ninguna contradicción entre las anotaciones, pues en todas las hechas en ese momento, no hay el menor rastro de que la paciente informara de que había tenido una caída grave. Tampoco parece razonable sostener que si hubiera sido fruto de una confusión o error de transcripción de los facultativos intervinientes, esta no hubiera sido corregida en la segunda asistencia, 48 horas después de la primera, teniendo en cuenta que así constaba en el informe de alta que le fue entregado y que se aporta con la reclamación (folio 68).

El momento en que inequívocamente consta la existencia del traumatismo, es el día 19 de diciembre, momento en el que el Servicio de Traumatología, en sesión clínica, considera que hay una discrepancia entre la clínica y los informes radiológicos y solicita una interconsulta al Servicio de Neurología. Es en la anotación que hace este servicio en el apartado EA (enfermedad actual), la primera vez que consta con exactitud el traumatismo, en los siguientes términos: “el miércoles 7 de diciembre de 2022 sufre una caída mientras estaba cargando unos muebles en la cocina golpeándose la espalda y cayendo el mueble sobre ella” (CD folio 239, p. 16), información que únicamente pudo proporcionar la paciente, y que -tal y como se deduce de la documentación aportada-, una vez que fue comunicada a los médicos, estos la anotaron en la historia clínica. Esta circunstancia -la falta de una explicación clara del acontecimiento que desencadena el dolor de la paciente en su demanda de asistencia sanitaria- ha sido determinante en el devenir de su tratamiento. Cabe recordar que la información que debe prestar el paciente es crucial para el buen fin de la prestación sanitaria, hasta el punto de que el artículo 2.5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la eleva a principio básico, al establecer que “Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria”.

La pericial aportada por la reclamante parte de que “existe un evento traumático inicial muy claro”, pero no se pronuncia sobre esa sorprendente falta de su constancia en la documentación clínica hasta el día 19 de diciembre y elabora su planteamiento asumiendo, en apariencia -pues guarda un inexplicable silencio al respecto-, que ese dato fue conocido desde el principio. En refuerzo de lo expuesto, observamos que es precisamente este informe pericial el que cuenta con una descripción más detallada del percance, recogiendo que, cuando la interesada “se encontraba subida a una escalera de

aluminio, y mientras desmontaba uno de los muebles de cocina anclados a la pared, el mueble la venció en peso y resbaló de la escalera cayendo hacia la encimera con el mueble encima. Según relata la paciente, notó que se había lastimado pero en caliente no le dio importancia”.

Al respecto, la interesada subraya -en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia-, con razón, que la Coordinadora de Urgencias refleja en su informe que la dolencia era “secundaria a traumatismo”, pero esta afirmación no sirve, por sí sola, para enervar la realidad de los datos reflejados en la historia clínica, tomados de forma coetánea al proceso asistencial.

Por tanto, el dato del mecanismo exacto del traumatismo adquiere una relevancia crucial, pues, ni siquiera la realización de la prueba demandada -la resonancia- el día 17, permitió la detección, al no realizarse en el nivel preciso. Posibilidad que requería, inexcusablemente, una acotación supeditada a un relato veraz y exacto de lo ocurrido, tal y como indica el especialista de parte, al afirmar que “una buena anamnesis” puede “señalar el lugar donde puede localizarse una eventual lesión medular tras un traumatismo”.

En este contexto, debemos tener en cuenta -como elemento de juicio- que no cabe despreciar la afirmación del Servicio de Urgencias de que la lumbalgia puede originar “afectación neurológica”, consideración que tampoco se discute. Por tanto, la aparición de cierta sintomatología (parestesias y hormigueos que no impedían la deambulación), ni se acompañaba por clínica esfinteriana, ni fue inadvertida, ni determinaba por sí sola la realización de pruebas adicionales con carácter urgente. La resonancia lumbar, en todo caso, fue solicitada el primer día del ingreso, si bien, conviene insistir en que su práctica no puede garantizar, *per se*, una correcta detección de la patología sin un adecuado conocimiento del factor causante de la lesión. Tampoco puede obviarse que las anotaciones del día 11 reflejaban “resolución de parestesias en cara y brazos”, tras la administración de medicación, y que, después del ingreso, cada día de la estancia se fue registrando cualquier dato al respecto, con expresa indicación de la ausencia de “signos de alarma” (nota de progreso del día 13 de diciembre, CD folio 239, p. 12) y constantes referencias al dolor

como principal síntoma. La existencia de una clínica en progreso se evidencia en el informe emitido por el Servicio de Traumatología del Hospital “X” para el traslado de la afectada al Hospital “Y”, en el que también figura que el carácter urgente de la RMN medular vino determinado por la evolución clínica y la necesidad de “descartar complicación tras traumatismo (hematoma, etc.)”. En consecuencia, consideramos acreditado que la realización de las pruebas diagnósticas fue acomodándose a la naturaleza de la sintomatología que presentaba la paciente, debiendo tenerse presente, de acuerdo con las premisas del propio informe pericial de parte, que la información facilitada por la reclamante desempeñó un papel fundamental al respecto.

En segundo lugar, y en relación con la imputación relativa al retraso en la práctica de la intervención quirúrgica, una vez detectado el hematoma, el especialista de parte afirma que “el pronóstico funcional de un paciente con una lesión medular incompleta se vincula de forma muy significativa con el tiempo que transcurre hasta la descompresión de la médula espinal. Por este motivo”, razona, “se consideran intervenciones quirúrgicas a realizar de forma urgente ya que el *timing* quirúrgico es el principal factor que podemos controlar y mejorar, y esto es absolutamente importante en los pacientes cuya clínica de deterioro neurológico está en progresión, como era el caso de esta enferma”. Explica que, en el momento de ingreso en el Hospital “Y”, la paciente “no presentaba un déficit neurológico medular completo, como lo demuestra la exploración neurológica en la que se constataba función motora presente en ambas extremidades inferiores”, lo que, a su juicio, “atestigua que la vía de transmisión medular continuaba funcionando en ese momento, aunque claramente alterada”.

Sin embargo, el especialista en Traumatología informante califica como “controvertido el momento de la descompresión medular tras lesiones medulares traumáticas”, pues, si bien “muchos autores consideran que la descompresión precoz en menos de 24 horas mejora el pronóstico en pacientes con lesiones medulares ASIA B, C y D”, “otros consideran que en lesiones medulares incompletas (ASISA B, C y D) en región torácica y lumbar o en

lesiones medulares completas (ASIA A) no han demostrado superioridad respecto a la descompresión tardía (más de 24 horas)". En todo caso, considera que "este intervalo de tiempo no ha provocado ninguna pérdida de oportunidad terapéutica, puesto que, como queda reflejado en la historia clínica de la Unidad de Rehabilitación" del Hospital "Y", "la paciente mejoró tras la terapia quirúrgica y rehabilitación posoperatoria realizada (...) pasando de una lesión medular ASIA B a una lesión medular ASIA D".

Por su parte, el Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y" explica que la cirugía "fue programada de manera emergente, puesto que presentaba un cuadro instaurado de más de una semana de evolución, garantizándole los mejores recursos humanos y materiales" y que fue "informada del pronóstico incierto, dado el diagnóstico diferido y el tiempo transcurrido".

A nuestro juicio, y dada la aparente disparidad de criterios médicos, conviene retener ciertas cuestiones claves que permitirán decantarnos entre aquellos. La primera es que, a la luz de lo expuesto, cabe identificar como "urgente" la intervención que tiene lugar en un plazo inferior a veinticuatro horas. Pero resulta necesario, en segundo lugar, despejar con la máxima claridad el momento a partir del cual se computa ese plazo. En este sentido, el especialista de parte señala que, ante lesiones medulares incompletas, "el tratamiento quirúrgico debe proporcionarse lo antes posible en condiciones seguras para el paciente" y, en el caso planteado, señala -como momento a partir del cual debió realizarse la intervención- el día 19 de diciembre, fecha del diagnóstico de compresión medular, tras la realización de la RMN. Sin embargo, ninguna referencia se efectúa a la existencia de "importante defecto preoperatorio que no permite monitorizar deterioro", dato que figura en la historia clínica (CD 222, historia *Millennium*, p. 2.327) y que evidencia que las requeridas "condiciones seguras" de la paciente presentaban, cuanto menos, ciertas limitaciones. Por otra parte, no resulta coherente, a nuestro juicio, sostener -con base en el mismo criterio técnico- que cabía una anticipación del diagnóstico sin defender la necesidad de adelantar el correlativo tratamiento quirúrgico pues, dicho de otro modo, ello equivaldría a disociar la pérdida de

oportunidad terapéutica invocada del retraso diagnóstico alegado. En relación con dicha discordancia, advertimos también una evidente imprecisión respecto a la determinación de pérdida de oportunidad terapéutica y, si bien compartimos la dificultad de establecer con exactitud el perjuicio asociado a una demora de esta índole, tampoco podemos despreciar la concreción que aporta el especialista en Traumatología, que plasma en diagnósticos médicos la mejora obtenida tras las cirugías. A mayor abundamiento, también suscita dudas razonables la falta de referencia alguna a la posibilidad, no despejada, de que la precocidad en la respuesta quirúrgica resulte útil y exigible, no respecto del momento del diagnóstico, sino de aquel en que tiene lugar el hecho traumático. Así se interpreta de la transcripción parcial de la publicación incluida en el informe emitido por el especialista en Traumatología (folio 311), en la que se formula, como conclusiones, que “existe evidencia científica para recomendar la descompresión precoz en las primeras 24 h tras la lesión medular traumática, al mejorar la recuperación neurológica final”. De tal afirmación, resulta evidente que los beneficios estudiados de la intervención quirúrgica se plantean a partir de la propia lesión traumática, momento diferenciado del diagnóstico, además, en el caso que nos ocupa, no cabe obviar un dato indiscutido, y es que la lesión originaria tuvo lugar el día 7 de diciembre de 2022, dos días antes de la primera asistencia médica recabada. En suma, y aun cuando se hubiera sospechado una lesión neurológica en una fecha tan temprana como el día 9 de diciembre de 2022, lo cierto es que la intervención quirúrgica no habría podido llevarse a cabo en el indicado plazo de 24 horas computados desde el accidente.

Atendiendo a lo expuesto, debemos concluir que, aun cuando aceptáramos como realidad científica incontrovertida la indicación de la anticipación de la cirugía, los argumentos técnicos concurrentes impiden su aplicación obviando el momento de origen de la lesión. Y es que, si bien cabe reiterar la complejidad del tipo de dolencia neurológica sufrida -de instauración progresiva- el lapso temporal de tres días, al que el especialista de parte circunscribe la demora terapéutica, no guarda congruencia ni con la pretendida

antelación del diagnóstico, ni con la realidad incontestada de la fecha del evento traumático causante, doce días antes del 19 de diciembre.

En tercer lugar, se formula reproche acerca de la vía de abordaje quirúrgica efectuada -si bien, de forma reiterada, la reclamante alega esta imputación "con carácter subsidiario" al retraso diagnóstico y terapéutico-. Al respecto, el especialista de parte sostiene que "la elección de la vía de abordaje posterior con una laminoartrectomía para esta hernia torácica de ubicación ventral, en línea media con compresión medular anterior, no es la elección más adecuada". Defiende que "las vías anteriores o, sobre todo, las vías posterolaterales, como la clásica costotransversectomía, para abordaje posterolateral o laterales, como las vías intra y extracavitarias, son los abordajes quirúrgicos de elección para este tipo de lesiones", pues "han demostrado su superioridad en términos de mejores resultados clínicos, mayor capacidad para resolver la compresión medular por la hernia existente y menores complicaciones posoperatorias". Explica que la vía de abordaje elegida debe evitarse, pues "la médula espinal, acintada y comprimida por la hernia se interpone en el trayecto para alcanzar el disco y, tanto la retropulsión posterior que el volumen herniario induce como las maniobras necesarias para desplazar el cordón medular y poder extirpar la hernia, son frecuentemente lesivas y empeoran el estado clínico del paciente. La estrategia quirúrgica debe orientarse a alcanzar el disco herniado a través de una trayectoria más lateral o anterior, tratando de evitar al máximo la manipulación de la médula espinal", añadiendo que "estos aspectos técnicos no son novedosos sino conocidos y practicados desde hace años". A su juicio, "la primera intervención quirúrgica a la que fue sometida no resolvió la compresión medular existente y agravó su estado clínico, precisando una segunda reintervención urgente a las pocas horas, en lo que constituye un defecto técnico evidente de la técnica quirúrgica utilizada". También expresa que, en su valoración, no ha dispuesto de los documentos de consentimiento informado suscritos para las cirugías.

Frente a ello, el especialista en Traumatología defiende que "el abordaje quirúrgico realizado está descrito en la literatura científica como adecuado para

la cirugía de hernia discal torácica”, señalando que es “un tema controvertido” sin “consenso universal respecto a cuál de los abordajes o técnicas es la mejor opción”, pues ninguno está “libre de complicaciones o riesgos”. No obstante, también indica, en las consideraciones médicas, que “no existe un criterio de selección aceptado universalmente para auxiliar al cirujano al momento de elegir el mejor tipo de cirugía para determinado paciente. El tratamiento inicial consistía en remover el disco herniado a través de una laminectomía”, aumentando “la posibilidad de lesión de la médula espinal durante la descompresión”, dados “el limitado espacio disponibles para la médula espinal en esa región y la menor vascularización medular”, habiendo surgido “posteriormente (...) nuevas vías de acceso a la columna torácica, que ofrecen un mejor acceso al canal espinal ventral y al espacio discal”, existiendo para los cirujanos “mayor capacidad de seleccionar aquel” acceso “que consideren mejor para cada paciente”, “a medida que (...) se van familiarizando” con ellos.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y” afirma, respecto a la elección de la vía de abordaje, que “en ningún caso se puede ser categórico al respecto, puesto que se trata de un tema altamente controvertido sobre el que no hay evidencias sólidas. De hecho, únicamente existen recomendaciones y opiniones de expertos basadas en la preferencia-experiencia del cirujano, anatomía individual, localización y consistencia de la hernia, no existiendo ningún abordaje exento de complicaciones leves, moderadas y/o severas”.

Siendo evidente la discrepancia entre los especialistas, debemos detenernos tanto en las circunstancias objetivas concurrentes como en la documentación clínica incorporada al expediente. Resulta un hecho acreditado que durante esa primera intervención “no se objetiva hematoma” y “se evacúa material aparentemente compatible con absceso”, sufriendo la paciente en el posoperatorio inmediato un empeoramiento clínico que motivó una nueva cirugía urgente, horas más tarde, al detectarse “resto herniario T10-T11 con hematoma epidural anterior asociado que condicionan severa mielopatía compresiva (CD folio 222, p. 2.328)”.

Pues bien, el documento de consentimiento informado -suscrito por la paciente antes de la primera operación, fechado el día 21 de diciembre de 2022- contempla tanto los "hematomas" como la "reproducción de la hernia discal por restos de tejido discal", advirtiéndole expresamente que "cualquiera de estas complicaciones puede requerir tratamiento médico y/o rehabilitador y, en caso de que no se produzca mejoría, una segunda intervención". La claridad de estos términos y su identificación con la complicación sufrida por la paciente impide atribuir, por su mero enunciado, el empeoramiento sufrido y tratado, tras la cirugía, a la vía de abordaje elegida. Sin que resulte relevante al respecto la naturaleza del absceso (resto hemático "en evolución al haber transcurrido 15 días entre el traumatismo y la intervención quirúrgica" confundible con material purulento, según el especialista de parte, o resto discal altamente degradado con apariencia de material purulento, según el Jefe del Servicio de Neurocirugía), aunque sí de interés que, como este último sugiere, pueda "tratarse de una desafortunada migración-movilización de un resto discal altamente degradado con apariencia de material purulento", posibilidad que orienta a su condición de residuo de la lesión originaria.

No obstante, tampoco podemos dejar de reseñar que, en la documentación remitida, figura un segundo documento de consentimiento informado, con membrete de la Sociedad Española de Neurocirugía e incluido en la documentación perteneciente a la atención prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital "Y" el día 19 de diciembre de 2022, para "hernia discal dorsal" -según se desprende del informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y", fue facilitado antes de la cirugía-. En él, se explica que "las hernias discales más frecuentes, que son las lumbares, se suelen operar por vía posterior. Sin embargo", "tienen un riesgo especial cuando se operan por vía posterior debido a la peculiar vascularización de la médula espinal, siendo muy alto, entre 12-30 % el riesgo de paraplejia", por lo que "se aconseja utilizar una vía anterior, a través del tórax o por endoscopia torácica, o por una vía muy lateral que obliga a extirpar parte de la articulación que une la costilla a la vértebra afectada". En las "circunstancias particulares", figura que "se abordará

por un abordaje lateral” y que existe una “lesión medular previa”, si bien también se precisa, entre otras cuestiones, que “circunstancias no previstas durante la operación pueden hacer necesaria la utilización de técnicas quirúrgicas diferentes de las previamente planeadas”, autorizando “al cirujano a que actúe con arreglo a lo que él considere más conveniente de acuerdo con la ciencia médica”.

Al respecto, conviene precisar que la propia afectada afirma en sus alegaciones que existen varios documentos (cuyo contenido solo cuestiona en relación con el carácter diferido de la cirugía y por la falta de la firma del médico informante en uno de ellos). Por tanto, y en cuanto ahora interesa, lo que resulta innegable es que existió una adecuada información sobre las vías de abordaje y sus riesgos, que el abordaje previsto era el lateral y que cualquier modificación de tal previsión obedeció a las circunstancias de la cirugía, siendo reseñable que nada se objete.

En definitiva, aun disponiendo de una prueba pericial de parte sólida, por cuanto es emitida por un especialista cualificado, sin embargo, parte de que el servicio de salud conocía desde el principio el origen traumático de la lesión, lo que, a la luz del expediente, no podemos dar por probado y su contenido no despeja cuestiones específicas clave, tales como la influencia del relato de la reclamante en la anamnesis o la determinación del momento exacto en el que la práctica de la cirugía resultaba beneficiosa. Por el contrario, la documentación e informes incorporados en el expediente, así como la pericial aportada por la compañía aseguradora del Servicio de Salud permiten constatar que la atención prestada en cada fase asistencial fue acorde a la información prestada por la paciente, a la sintomatología que presentaba, así como a los hallazgos obtenidos.

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 la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.