

Dictamen Núm. 66/2026

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 9 de abril 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 enero de 2026 -registrada de entrada el día 29 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de las complicaciones surgidas, tras serle aplicado un tratamiento por radiofrecuencia percutánea.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 28 de enero de 2025, un abogado, actuando en nombre y representación del interesado, tal y como acredita mediante una copia del apoderamiento inscrito en el Registro Electrónico de Apoderamientos que se adjunta, presenta en un registro de la Administración del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por su representado, como consecuencia de lo que considera una mala praxis en el tratamiento de una patología vertebral.

Da inicio al relato de los hechos en los que se fundamenta la reclamación, indicando que, el día 12 de junio de 2023, su representado -de 39

años de edad- acudió a su médico de Atención Primaria “por dolor duradero y progresivo a nivel dorsal, con irradiación a hemitórax izquierdo”. Tras serle solicitada, y realizada el día 16 de ese mismo mes, una radiografía de tórax en la que se apreció una “silueta cardiovascular acorde con la edad sin lesiones agudas pulmonares”, el paciente fue derivado a consulta de Traumatología, si bien dada la demora de la fecha prevista a tal efecto, el día 12 de septiembre de 2023, realizó un estudio radiológico -una RNM-, en una clínica privada que informó de la existencia de un “hemangioma vertebral atípico, agresivo, en el cuerpo vertebral D7 y leves cambios de deshidratación discal de D2 a D4 con abombamiento discal, sin herniaciones, conservando la amplitud del canal y foraminal”.

El día 19 de ese mes, el paciente fue valorado por un traumatólogo del Hospital “X”, quien, según se afirma, “consideró el riesgo de que pudiera en el futuro llegar a existir una fractura patológica”, tras lo cual remitió al mismo a (...) Atención Primaria para tramitar la incapacidad temporal laboral, a la vez que solicitaba pruebas complementarias, anotando en “la historia clínica ‘pido TAC para ver trabeculación y stock óseo. Después biopsia percutánea. Opciones terapéuticas: fenolización vertebro, exéresis’”. Este TAC dorsal solicitado se realizó el día 25 del mismo mes en el “Hospital ‘X’, informando su resultado que ‘en T7 se identifica la lesión expansiva de aspecto trabecular que afecta al cuerpo vertebral y se extiende a elementos posteriores (sobre todo pedículos), ya conocida. Esta lesión abomba el muro posterior del cuerpo vertebral y asocia un mínimo componente de partes blandas pretecal, improntando discretamente sobre el canal medular sin que se vea reducido de forma significativa’”. Siempre a tenor del letrado representante del reclamante, “en base a esta información, el traumatólogo de (la) Unidad de Columna del Hospital ‘X’ propuso como opción óptima (única que planteó) el tratamiento de embolización percutánea de hemangioma vertebral y ablación con radiofrecuencia de lesión vertebral; la intervención sería llevada a cabo por un facultativo de otro centro (...), con motivo, según se informó, de ser un médico especializado en la materia; sería derivado” al Hospital “Y” “para realizar la biopsia percutánea, y posteriormente en base a los resultados se tomaría una

decisión terapéutica”. En este punto de su relato, con remisión a la bibliografía médica que se cita, el letrado indica que “el estudio histopatológico previo a la intervención, no llevado a cabo en nuestro caso, es relevante para el realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías que pueden manifestarse radiológicamente similares, pero con un tratamiento y pronóstico vital totalmente diferente”.

Prosigue explicando que, el 17 de octubre de 2023, “el paciente recibió una llamada telefónica para acudir esa misma mañana a la Unidad de Neurodiagnóstico del Hospital ‘Y’; respondió que en ese momento tenía a su cargo a su hija menor que se encontraba enferma, pero le indicaron que su asistencia era muy importante y que podía ir acompañado de la niña; acudió por ello inmediatamente al hospital, donde fue atendido por el doctor (...) quien con total celeridad, porque se encontraba realizando otra labor asistencial, le entregó la documentación de consentimiento informado para que la firmara, lo cual el paciente realizó acompañado de su hija menor, sin recibir explicaciones verbales sobre opciones terapéuticas ofertadas por Radiología intervencionista (radiofrecuencia, fenolización, cementación, etc.) u otras disciplinas terapéuticas (Oncología, Cirugía de columna, etc.) o sobre los riesgos reales de la operación, y sin que se le entregara copia del documento para poder leerlo detenidamente”. A este mismo respecto, señala que “la información que se le transmitió fue simplemente que la operación sería a través de ablación percutánea con radiofrecuencia, sin entrar en más observaciones; el paciente abandonó el centro hospitalario con absoluto desconocimiento de que la operación podía entrañar riesgos graves para su salud, como los que finalmente sucedieron, por no recibir información al respecto, y también dando por supuesto que, para su patología, indubitadamente era el tratamiento más conveniente, porque no le mencionaron otras posibilidades; el equipo médico decidió el tratamiento sin ni siquiera trasladar el expediente al Comité de tumores del Hospital ‘Y’ para que, en sesión multidisciplinar de Oncología radioterápica, Traumatología y Radiología intervencionista, trataran la actitud terapéutica óptima; no llevar a cabo este trámite ordinario privó al paciente de la oportunidad de conocer la opinión del comité de expertos y que se pudieran

valorar otras técnicas, como podría haber sido una vertebroplastia (...); otras opciones que se podrían haber planteado podrían haber sido la embolización transarterial de los vasos nutricios utilizando agentes particulados (...), una cirugía (...) o el empleo de radioterapia (asociada o no a cirugía)".

Con estos antecedentes, añade que "pasadas las 9:00 horas del día 13-11-2023, el paciente recibió una llamada desde el Servicio de Neurorradiología del Hospital "Y", comunicándole que su intervención quirúrgica estaba programada para esa misma mañana y que no se había presentado; respondió que era la primera noticia que tenía sobre ello, y le indicaron que, de todos modos, debía de acudir para operarse porque el médico externo especialista (...) se encontraba en el centro hospitalario; siguiendo instrucciones, el paciente se trasladó de inmediato al hospital, donde el equipo médico decidió que fuera la última persona de la jornada en ser intervenida, con ánimo de rebajar (no anular) las posibles complicaciones derivadas de una anestesia general que se tenía que realizar incumpliendo el protocolo de ayuno dirigido a evitar riesgos de complicaciones pulmonares fatales./ Dado el fallo administrativo en la citación, el paciente se sometió al procedimiento sin haberse realizado previamente la biopsia percutánea como se había indicado en un principio, para conformar anatomopatológicamente que la lesión radiológica se correspondía realmente con un hemangioma. Se omitió este paso dada la premura de realizar la intervención con el especialista externo al servicio de salud asturiano (...). Bajo estas circunstancias entró al quirófano, donde tras una vertebrografía, el equipo médico le practicó la embolización percutánea de hemangioma vertebral y la ablación con radiofrecuencia de lesión vertebral".

A continuación, extracta el contenido del informe clínico de alta correspondiente a la intervención realizada, en el que, a pesar de señalarse, en principio, que la misma había transcurrido "sin incidencias técnicas", puede leerse que "al despertar el paciente presenta una paresia en miembro inferior izquierdo de predominio proximal, sin alteraciones de la sensibilidad. Se interpretó como efecto inflamatorio propio del tratamiento y se pautaron corticoides./ Ante la persistencia de la paresia se realizó RM y se solicitó valoración por Neurología el 14-11-2023 (...). Valorado por Rehabilitación el

15-11-2023, presentaba paraplejia con fuerza 0 en todos los músculos clave de miembros inferiores. Nuevamente valorado por Neurología el 20-11-23, relacionan la lesión con el procedimiento quirúrgico de embolización percutánea más ablación con radiofrecuencia de una lesión vascular vertebral. Probable mecanismo de daño físico (radiofrecuencia) más isquémico y componente de inflamación relacionado (así aparece por RM) sin mejoría con tratamiento de corticoides ni drenaje de LCR./ Continuó evolucionando hacia anestesia y paraplejia completa a nivel D5 trasladándose a planta de rehabilitación el 20-11-2023". En esta situación, "el día 3-12-2023, permaneciendo ingresado en la planta de Rehabilitación, precisó intervención quirúrgica urgente por tromboembolismo pulmonar masivo secundario a trombosis de la vena femoral superficial izquierda y de la vena tibial posterior derecha".

En este punto del relato de los hechos, el letrado que representa al perjudicado, con cita del artículo 3 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, en el que se define al "médico responsable", denuncia que "durante su permanencia en el Servicio de Rehabilitación el paciente no fue valorado por ningún traumatólogo" del Hospital "Y", "que debería haber figurado como 'médico responsable del paciente' ya que la canalización al hospital de referencia se hizo a través del Servicio de Traumatología del Hospital "X" y, tanto los Servicios de Radiología intervencionista y Rehabilitación se consideran como Servicios interconsultores. El único apunte en la historia clínica con fecha 10-11-2024 es la cesión de una cama hospitalaria perteneciente al Servicio de Traumatología" y concluye que "la ausencia durante este proceso de la figura de médico responsable, en este caso un facultativo especialista en Traumatología y Ortopedia, privó al paciente de un representante principal coordinador de todos los aspectos relacionados con su salud, las complicaciones derivadas del acto médico y las revisiones posteriores traumatológicas (aún ausentes a día de hoy)".

Continuando con la cronología de lo sucedido, refiere que el 6 de febrero de 2024 "fue trasladado al Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo para (...) seguir con el tratamiento de rehabilitación", centro en el que permanecería

ingresado hasta el día 25 de octubre de ese mismo año 2024, “padeciendo como diagnóstico definitivo las siguientes patologías:/ -Síndrome de lesión medular D4 ASIA A de etiología traumática. Embolización de hemangioma atípico D7. Atrofia medular desde D5 a cono medular (...). -Disfunción vésico uretral neurógena. Arreflexia vesical. Disinergia de esfínter externo uretral tipo II. Micción descompensada (...). -Disfunción intestinal neurógena (...). -Disfunción eréctil y eyaculatoria de origen neurógeno (...). -Dolor neuropático a nivel e infralesional (...). -Síndrome de túnel carpiano izquierdo./ -Imposibilidad para la expectoración eficaz (...)./ -Trastorno depresivo grave./ -Alteraciones de la piel como úlceras por presión (...). -Alteración en la regulación de las funciones del sistema nervioso autónomo (...). -Perjuicio estético, estático y dinámico, inherente a su situación de paraplejia”.

Por otro lado, el letrado indica que, el día 18 de junio de 2024, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social “dictó de oficio resolución aprobando al compareciente la pensión de incapacidad permanente, en el grado de gran invalidez”.

En cuarto y último de los apartados del relato de hechos en los que se fundamenta la reclamación, tras insistir en que “previamente a la intervención quirúrgica con causa en el hemangioma vertebral no se informó al paciente de la posibilidad de que la operación podía tener consecuencias como las que han resultado; sin referirle explicación alguna, ya que el médico se encontraba realizando otra labor asistencial, este le entregó la hoja de consentimiento para firmarla, y sin ni siquiera darle copia, la cual ha obtenido en fechas recientes”. Así, transcribe los “riesgos típicos” y las “alternativas posibles”, que figuran en el “consentimiento informado para tratamiento por radiofrecuencia percutánea de lesiones óseas vertebrales”, y afirma que este documento “no refiere la posibilidad de que la operación quirúrgica pudiera ocasionar una lesión medular”. En esta misma línea, denuncia el letrado que el consentimiento informado previo firmado por su representado “tampoco refiere de modo alguno la posibilidad de que la operación pudiera ocasionar lesiones (de) urología, como son las de vejiga neurógena, disfunción eréctil y eyaculatoria que causó la intervención” ni “lesiones (del) sistema digestivo, sucediendo que

como consecuencia de la misma existe la secuela definitiva de intestino neurógeno”.

Asimismo, al momento de argumentar la relación de causalidad en las lesiones sufridas por el reclamante y el funcionamiento del servicio público sanitario frente al que reclama, se denuncia, en primer lugar, la existencia de -lo que califica como- una “mala praxis en la actuación quirúrgica” que le fue realizada al afectado el día 13 de noviembre de 2023, razonando que “el resultado de la operación evidencia que su ejecución fue deficiente”, toda vez que, “la embolización es una técnica ejecutada con la finalidad de detener el riego sanguíneo en la zona vertebral lesionada (...) si esta sustancia llega a irrigar la médula puede producir en ella idéntico resultado, provocando una isquemia, que es lo que sucedió en el presente supuesto, impidiendo que el flujo sanguíneo, con oxígeno y nutrientes, llegara a la médula, lo que provocó una necrosis o muerte de células de la médula espinal, significando ello claramente una mala praxis en la actuación quirúrgica”.

En segundo lugar, el letrado arguye que “el consentimiento informado es un presupuesto y elemento integrante de la *lex artis* y por consiguiente una exigencia para llevar a efecto la actividad médico-quirúrgica”; que la presente reclamación se fundamenta en la defectuosa “información al paciente y consentimiento informado”, facilitada y firmado, respectivamente, por su representado; y que “en el presente supuesto no existía urgencia alguna para intervenir el hemangioma vertebral, el cual causaba dolores al paciente desde hacía años; ni había necesidad imperiosa ni daño inmediato para tener que proceder a operar y se tendrían que haber planteado y ofrecido al pacientes otras posibilidades médicas de tratamiento, pero no se hizo, y sin más propuestas médicas se realizó una embolización percutánea de hemangioma vertebral y ablación con radiofrecuencia, y sin informar previamente al paciente que de la misma podían derivar muy graves patologías como las que acaecieron./ El hecho de que pudieran suceder unas consecuencias tan lesivas era factible (ocurrió), por tanto, previsible, y por ello previamente a la operación debería habersele explicado al paciente que podrían llegar a suceder estas lesiones tan gravosas, las cuales deberían constar en la hoja de

consentimiento informado, pero ninguna información sobre ella se transmitió al paciente, y este aceptó someterse a la operación con absoluto desconocimiento sobre los riesgos a los que se iba a exponer, que finalmente se materializaron”, añadiendo más adelante a este mismo respecto que “el equipo médico no valoró ni ofreció al compareciente tratamientos alternativos que, como se ha indicado, existían; de todos modos, aun si se llegara a considerar que la técnica realizada fuera indiscutiblemente la más idónea, la inexistencia de alternativas terapéuticas no anula ni minora el derecho del paciente a ser informado, no constituyendo por tanto tal circunstancia un factor que deba modular el grado de información que ha de suministrar al paciente; el hecho de que no exista más que una opción terapéutica eficaz no exime al médico de la necesidad de obtener el consentimiento informado previo para su práctica, salvo supuestos muy concretos como urgencia o riesgo para la salud pública”. En relación a esto mismo, señala que “respecto a la prueba de la información y el consentimiento, es doctrina jurisprudencial consolidada que la acreditación corresponde al profesional sanitario”. Se remata este apartado con la afirmación de que “es evidente que si el compareciente, de 39 años de edad, hubiera conocido que la intervención entrañaba el riesgo de quedarse parapléjico, junto con el resto de secuelas, también irreversibles, anteriormente enumeradas, e incapacitado para realizar por sí mismo actos esenciales de la vida, no hubiera aceptado someterse a la misma”.

Se fundamenta la reclamación, en tercer lugar, en una “pérdida de oportunidad”, razonando que “el equipo médico decidió el tratamiento (...) a través de la embolización percutánea de hemangioma vertebral y ablación con radiofrecuencia de lesión vertebral, sin tan siquiera trasladar el expediente del paciente al Comité de tumores del Hospital ‘Y’, para que, en sesión multidisciplinar de Oncología radioterápica, Traumatología y Radiología intervencionistas, se tratara la actitud terapéutica óptima; no llevar a cabo este trámite ordinario privó al paciente de la oportunidad de poder conocer la valoración del comité de expertos y de poder decidir someterse a otro tratamiento, como por ejemplo una vertebroplastia, mucho menos expuesto al riesgo que el practicado, al no haber embolización ni radiofrecuencia, y sin

poder olvidar que la ciencia médica recoge para aquellos pacientes con dolor leve-moderado, que el pilar del tratamiento es el control adecuado del dolor; se insiste en que no había urgencia para tener que intervenir y que se debían haber valorado diferentes tratamientos”.

En cuarto, y último lugar, se fundamenta la reclamación en la doctrina del “daño desproporcionado”, indicando que “el paciente entró al quirófano sin lesión medular alguna y con la previsión de salir del hospital al día siguiente caminando”.

Cuantifica la indemnización solicitada en un total de un millón novecientos noventa y nueve mil cuatrocientos setenta euros, con cincuenta y dos céntimos (1.999.470,52 €) -si bien, por lo que parece un error de suma, en el suplico final figura una cantidad distinta-, desglosada en 32.153,02 € por “lesiones temporales”; 1.791,45 € por “intervenciones quirúrgicas”; 1.908.699,05 € por “secuelas” y 56.827 € por “perjuicio patrimonial por lucro cesante”.

Se adjunta a la reclamación diversa documentación médica y la Resolución del INSS aprobando con fecha 18-06-2024 la pensión de incapacidad permanente en el grado de gran invalidez.

2. Mediante oficio de 11 de febrero de 2025, la Jefa de la Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios pone en conocimiento del interesado la fecha de entrada de la reclamación en dicho Servicio, la designación de instructor y su régimen de recusación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el mismo y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 10 de marzo de 2025 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente y un informe elaborado tres días antes por el neurorradiólogo intervencionista y por el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital “Y”. En él, tras un apartado

introdutorio en el que los informantes muestran su disconformidad con determinadas afirmaciones que se advierten en la reclamación, se detalla, respecto al “resumen del proceso” que “al paciente le diagnosticaron en otro hospital un hemangioma vertebral expansivo en la vértebra D7”, siendo “tumorações benignas muy comunes y que suelen ser asintomáticas. Se habla de hemangiomas expansivos cuando se extienden del cuerpo vertebral al arco vertebral posterior y producen una ‘expansión’ de los bordes óseos. Este tipo de lesiones pueden ser dolorosas y en algún caso malignizar en el futuro”. Su diagnóstico “es radiológico, no requiere biopsia. La derivación del paciente” al Hospital “Y” “se realizó para el tratamiento, si bien es cierto que una vez que se abordó el cuerpo vertebral se extrajo material para su análisis aunque no fue suficiente para un diagnóstico anatomopatológico. Otros diagnósticos no se plantearon en ningún caso en este paciente por los hallazgos de imagen tan típicos en un paciente joven. De todas formas, la anatomía patológica de la lesión no hubiera cambiado la actitud terapéutica al presentar hallazgos radiológicos típicos e ir encaminada la intervención al tratamiento sintomático del dolor” que el paciente refería como “duradero y progresivo dorsal relacionado con la patología. Habitualmente se plantea algún tipo de intervención sobre la lesión cuando el dolor no se puede controlar con la medicación habitual e impide al paciente realizar una vida normal. Esta parte del proceso de la valoración clínica del paciente, el tratamiento médico correspondiente y la valoración de otros tratamientos quirúrgicos se realizó en el Servicio de Traumatología del Hospital ‘X’. Así (...) lo indicaron el traumatólogo responsable del paciente y el propio paciente. En este caso no se plantearon medidas quirúrgicas más agresivas sino un tratamiento percutáneo menos invasivo, pero no por ello libre de posibles complicaciones”. Al respecto afirman que la elección del tratamiento percutáneo, “en particular la embolización, las esclerosis, la ablación y/o la cementoplastia, han demostrado ser opciones eficaces en el manejo de hemangiomas vertebrales sintomáticos. En este paciente joven, esta opción se seleccionó por las siguientes razones:/ - Menor riesgo y recuperación más rápida: El tratamiento percutáneo es menos invasivo que las intervenciones quirúrgicas tradicionales, lo que implica una

menor morbilidad, recuperación más rápida y menor interrupción de la columna espinal./ -Manejo del dolor y estabilización vertebral: La ablación percutánea, la esclerosis o la vertebroplastia permiten reducir la vascularización del hemangioma, lo que alivia el dolor y puede prevenir la progresión de la compresión neurológica, estabilizando la columna vertebral sin necesidad de intervención quirúrgica mayor./ -Factores anatómicos y localización de la lesión: (...) la localización del hemangioma vertebral (en un segmento de difícil acceso o con riesgo de complicaciones) hizo que la opción percutánea fuera la más adecuada para evitar una cirugía más invasiva./ -El paciente es joven, lo que aumenta la necesidad de optar por un tratamiento menos invasivo. Las intervenciones quirúrgicas pueden implicar una mayor recuperación y, en algunos casos, la necesidad de procedimientos adicionales en el futuro, lo que se debe evitar, dada la expectativa de vida prolongada de este paciente. El tratamiento percutáneo, al ser menos traumático, minimiza el riesgo de complicaciones a largo plazo, como deformidades vertebrales o la necesidad de cirugías adicionales, por lo cual se optó tras consenso con sus médicos peticionarios el abordaje mediante ablación y esclerosis". Refieren que "otras alternativas de tratamiento, como el tratamiento conservador con analgésicos y fisioterapia, no fueron suficientes para controlar los síntomas del paciente, dado que la sintomatología no mostró mejoría con estas estrategias. Además, la opción quirúrgica convencional habría implicado un mayor riesgo de complicaciones como infecciones, daño a las estructuras circundantes y una mayor morbilidad asociada al tratamiento". Así pues, el paciente fue derivado al Hospital "Y", "a la sección de Neurorradiología intervencionista desde el Servicio de Traumatología del Hospital 'X' de forma consensuada por ambas partes y por el paciente después de haber comentado y estudiado el caso en ambos servicios como se realiza habitualmente", siendo citado en el Hospital "Y" "de forma habitual y en ningún caso fue obligado a asistir a la primera consulta y se dedicó al paciente el tiempo necesario para explicarle y que entendiera correctamente la intervención que se planteaba realizar, así como sus posibles riesgos (...). Al tratarse de la inyección de materiales o de la administración de calor (ablación por radiofrecuencia) en un cuerpo vertebral siempre se

menciona el posible daño de estructuras adyacentes entre las que se encuentra la médula, que es un acúmulo de nervios o estructuras nerviosas. Posteriormente se entregó la hoja de consentimiento informado que el paciente firmó". Explican que fue programada la intervención "tras realizar un estudio preoperatorio, pero se produjo un error administrativo y no fue avisado para el ingreso. Con el fin de no perder la oportunidad de la intervención ese día, se contactó a primera hora de la mañana con él que acudió al centro de forma voluntaria". Aprecian que, "a pesar de que las salas de radiología vascular no requieren de la misma asepsia que los quirófanos al uso, no se incumplieron los protocolos habituales. El anestesista que se encargó del paciente consideró que el riesgo de la anestesia general pese a no haber cumplido el ayuno habitual era bajo y no anuló el procedimiento". Respecto a la mala praxis invocada, estiman que "la intervención se realizó siguiendo los pasos habituales. Se realizó una vertebrografía que consiste en administrar contraste a través de la aguja situada en el cuerpo vertebral y dado que el contraste no se extravasó de la vértebra, se consideró segura la administración de alcohol (...) guiada con rayos X y el material no se salió en ningún momento de la vértebra como así lo confirmó el dynaTC realizado al finalizar la intervención. En cuanto a la ablación con radiofrecuencia se realizó según los protocolos y las dosis habituales. Por lo tanto, no se produjo ninguna complicación técnica ni mala praxis durante el procedimiento y fue al despertar el paciente de la anestesia general cuando se objetivó el déficit neurológico. (...) Al principio no fue fácil saber con exactitud la fisiopatología del daño medular. Durante las primeras horas después de la intervención, a juzgar por el resultado de la RM, se barajó más la posibilidad de que se tratase de edema-inflamación derivados del tratamiento más que de una isquemia. Fue más tarde cuando ya se objetivó con más claridad la isquemia en la RM. El daño medular se produjo en este caso por una isquemia medular de origen venoso (trombosis venosa retrógrada) y no arterial directa por daño directo del alcohol por tanto el daño fue indirecto y no directo".

4. A continuación, obra en el expediente un dictamen médico pericial librado el 5 de septiembre de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la

Administración por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología y otro en Radiodiagnóstico y Diagnóstico por la Imagen. En él concluyen que el paciente “presentaba sintomatología dolorosa secundaria a un hemangioma atípico agresivo/expansivo de la vértebra D7 y que invadía canal medular, es decir, un hemangioma agresivo en estadio III de la clasificación de Enneking (...). El tratamiento quirúrgico es de elección para este tipo de tumores (...). La indicación quirúrgica fue correcta (...). El paciente fue valorado en consulta de Radiología el 17-10-2023 donde se le explicó la intervención y los riesgos y beneficios de la misma. Queda acreditado que el paciente firmó el documento del consentimiento informado. No hubo falta del deber de información (...). El día 13-11-2023 se realizó la combinación de 2 técnicas para el tratamiento del hemangioma:/ La ablación por radiofrecuencia/ La inyección de etanol en la vértebra./ Ambas técnicas se han publicado para el tratamiento de esta lesión como técnicas de elección (...). Por lo tanto, la técnica quirúrgica realizada fue correcta (...). Todos los tratamientos intervencionistas o quirúrgicos descritos para el tratamiento de los hemangiomas atípicos tienen riesgo de lesión neurológica, incluyendo la lesión medular que es la estructura neurológica envuelta por el tumor”. Consideran pues, “que no existe acto negligente por la propia materialización del riesgo de lesión neurológica descrito tanto en la literatura científica en este tipo de intervención, de carácter imprevisible e inevitable, como en el documento del consentimiento informado que firmó el paciente en tiempo y forma (...). Desde la perspectiva radiodiagnóstica, la información aportada por las pruebas de imagen fue clara, concluyente y determinante para establecer la indicación terapéutica (...). Los estudios de imagen son consistentes con un hemangioma vertebral agresivo de D7 con invasión epidural y compromiso medular, cuya indicación intervencionista estaba justificada (...). Asimismo, los hallazgos posoperatorios evidencian una complicación conocida y documentada en la literatura, sin que se aprecien en las imágenes signos de mala praxis radiológica ni deficiencias en la valoración diagnóstica o en la planificación radiológica del procedimiento”.

5. Mediante oficio notificado al interesado el 6 de octubre de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia, por un plazo de quince días.

El 21 de octubre de 2025 se presenta un escrito de alegaciones sustentadas en un informe de valoración médica pericial, emitido ese mismo día por un especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica.

En la primera de las alegaciones, el letrado denuncia lo que califica de “diagnóstico carente de certeza”, en relación con la patología objetivada por el paciente, razonando -con apoyo en el dictamen médico pericial que se acompaña- que, “según expone la literatura médica, para la obtención del diagnóstico de certeza de los hemangiomas atípicos o agresivos se requiere practicar biopsia percutánea guiada por imagen (TAC) y estudio histopatológico del tejido lesional; pese a que, tal y como consta en el informe del (Centro de Salud) de 19-09-2023, facultativamente estaba programada dicha biopsia con carácter previo a decidir el tratamiento aplicable, resultó que, por motivos que desconocemos, no fue realizada, y por ello se emitió el diagnóstico de hemangioma vertebral agresivo en base a una prueba de imagen insuficiente, sin confirmación histológica, y sin poder descartar que se tratara de una recidiva de la patología tumoral maligna” que años atrás el paciente había padecido “(linfoma no Hodgkin), motivo por el cual además (...), tal biopsia previa revestía gran importancia; su omisión constituyó una desviación del estándar de práctica médica recomendado./ Procede añadir que finalmente la biopsia se realizó en el acto de la intervención quirúrgica, obteniéndose el resultado de no apreciación de lesión neoplásica ni malignidad, y la muestra se consideró insuficiente para obtener un diagnóstico con certeza, y por ello, la realidad es que no hay conocimiento de la naturaleza de la lesión, es decir, no se sabe si era un hemangioma o si era un tumor maligno”.

En la segunda de las alegaciones, lo que se reprocha es una “elección inadecuada de técnica quirúrgica”. Siguiendo nuevamente el dictamen médico pericial que se adjunta, revela que, “pese a desconocer la naturaleza de la lesión por los motivos relatados, médicamente se tomó la decisión de intervenir quirúrgicamente combinando dos técnicas: ablación por radiofrecuencia e

inyección de etanol en la vértebra. Manifiesta el informe pericial de la (compañía) aseguradora que tal intervención quirúrgica fue correcta, ya que ambas técnicas se han publicado para el tratamiento de hemangiomas como técnicas de elección. Alegamos total disconformidad con dicha afirmación por tres motivos:/ a) Como se ha expuesto no existía certeza de que la lesión fuera un hemangioma; se insiste en que se debería haber practicado la biopsia previa programada para realizar el estudio histopatológico del tejido recogido, y una vez conocida con certeza la naturaleza de la lesión, poder plantear el tratamiento quirúrgico aplicable idóneo./ b) La complejidad de las lesiones vertebrales vasculares con potencial agresividad exige la evaluación en Comité multidisciplinar (Neurocirugía, Radiología intervencionista, Oncología, Anatomía patológica, Traumatología y Radioterapia) para que un abordaje consensuado permita seleccionar entre las diversas opciones terapéuticas posibles (embolización, vertebroplastia, radioterapia, resección quirúrgica o combinación) en función de la extensión, sintomatología y riesgo neurológico individualizado, pero el presente supuesto no se presentó al Comité de tumores óseos del Hospital 'Y', órgano que existe precisamente para este tipo de valoraciones, y por ello se vedó la posibilidad de un estudio interdisciplinar sobre indicación terapéutica, vulnerando el principio de medicina basada en la evidencia y de decisión compartida en casos oncológicos o pseudotumorales, impidiendo al paciente poder recibir información sobre las diferentes posibilidades, puesto que únicamente se planteó la técnica quirúrgica que fue ejecutada, indicándole que era la más adecuada en la fase de su enfermedad./ c) Manifestamos, en virtud del informe pericial del (...) especialista en este tipo de lesiones (...) que valorando las circunstancias personales del paciente (antecedente de linfoma) considera inapropiada la técnica de intervención realizada. Sin biopsia previa y sin evaluación en comité multidisciplinar, realizar tal intervención quirúrgica fue una decisión precipitada e imprudente, que no se debería haber tomado, y que constituyó una praxis deficitaria./ Según la evidencia científica disponible y revisiones clínicas recientes, no es aceptable desde la práctica basada en la mejor evidencia que la inyección percutánea de etanol más radiofrecuencia se considere tratamiento de primera elección de un

hemangioma (sin certeza) T7 con cortical íntegra y sin déficit neurológico. Esta técnica conlleva un riesgo documentado y no trivial de lesión neurovascular (parálisis aguda, síndrome de Brown-Séquard, deterioro neurológico transitorio o permanente, episodios hemodinámicos) y su uso de primera línea no está respaldado como superior ni más seguro que alternativas mínimamente invasivas con perfil de complicaciones mejor conocidas; en particular la vertebroplastia percutánea con (polimetilmetacrilato), que tiene riesgo de extravasación de cemento frecuente pero baja incidencia de complicación neurológica clínicamente relevante. La literatura recomienda que etanol y radiofrecuencia se consideren en centros expertos y casos seleccionados, no como primera elección universal”.

En tercer lugar, se alega una “deficiente ejecución en el acto quirúrgico”. Razona a tal efecto el letrado que discrepa “totalmente con el dictamen del informe pericial de la (compañía) aseguradora sobre que la ejecución fue correcta y sin que existiera mala praxis; si la intervención se hubiera realizado correctamente y empleando la totalidad de medios oportunos y disponibles en el centro hospitalario (Hospital ‘Y’”), no hubiera causado el fatal resultado de lesionar la médula espinal del paciente y provocar su paraplejia./ Generalmente este tipo de intervenciones se realiza con sedación o anestésico local, lo que permite la colaboración del paciente, para que pueda responder a las indicaciones del equipo médico, ya sea movilizándolo las extremidades inferiores o comunicando la presencia de parestesias o alteraciones en la sensibilidad, lo cual resulta fundamental para valorar la correcta evolución del procedimiento y prevenir posibles complicaciones neurológicas./ En el presente caso se empleó anestesia general suprimiendo por ello tal colaboración; según consta en el informe pericial que aportamos, para supuestos en los que se decide aplicar anestesia general, procede emplear la monitorización neurofisiológica intraoperatoria: conjunto de técnicas que registran la actividad eléctrica del sistema nervioso en tiempo real durante la cirugía para evaluar la función del cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos; su principal objetivo es detectar y prevenir posibles lesiones neurológicas, lo que permite al equipo quirúrgico tomar medidas correctivas./ La aparición de isquemia medular se

trata de un riesgo evitable, ya que la monitorización neurofisiológica intraoperatoria permite detectar de forma temprana y reversible la alteración funcional de la médula espinal, alertando de forma precoz ante signos iniciales de daño medular, y permitiendo por ello la interrupción inmediata del tratamiento (ablación, embolización), evitando la progresión hacia una lesión neurológica irreversible./ En el presente supuesto nos encontramos con que se optó por anestesiarse totalmente al paciente, pero no se empleó la medida de monitorización neurofisiológica, hecho que supone claramente una falta de diligencia en la ejecución en el acto médico-quirúrgico (...). Resulta incontrovertido que la lesión medular y paraplejia motora y sensitiva es consecuencia directa de la intervención quirúrgica, y por ello hay que buscar en esta su origen, para lo cual existen dos posibilidades:/ a) Que debido a una fuga de etanol se haya producido una lesión directa de los vasos que nutren la médula./ Como expone el informe pericial que aportamos, la ausencia de complicaciones visibles en el Dyna-CT o vertebrografía no excluye la posibilidad de fuga o difusión microvascular de etanol gelificado hacia el canal epidural o vasos radiculomedulares, ya que este tipo de difusión no siempre es detectable por los medios de imagen intraoperatorios disponible (únicamente descarta las fugas macroscópicas inmediatas)./ b) Que al realizar la radiofrecuencia transpedicular de 5 minutos a 90º, a través de los pedículos el efecto del calor haya provocado la isquemia medular. Añadimos que tampoco se empleó monitorización directa de la temperatura intracanal (termometría intradural/epidural), medida de seguridad objetiva que permite detectar elevaciones térmicas peligrosas en tiempo real y suspender o modular la energía antes de alcanzar umbrales citotóxicos./ Ambas formas de lesionar la médula del paciente significan una falta de pericia en la ejecución de la cirugía y mala praxis médica; si en el acto médico-quirúrgico se hubiera empleado la diligencia debida y necesaria y se hubieran utilizado los medios de monitorización adecuados (disponibles en el centro hospitalario), la intervención no hubiera provocado los daños que negligentemente causó”.

En la cuarta, y última, de las alegaciones, se insiste en -lo que el letrado considera- una “falta de información al paciente en el consentimiento otorgado

a la intervención quirúrgica”. A este respecto, frente a lo manifestado por el perito de la compañía aseguradora en el sentido de que “el paciente firmó el documento de consentimiento informado, y que no hubo falta del deber de información, porque en el mismo queda especificado el riesgo de lesión de nervio con posibilidad de afectación sensitiva o motora de manera permanente, siendo la médula espinal la estructura nerviosa que estaba rodeada por el tumor”, el letrado alega de contrario que “es incorrecto identificar la médula espinal con la expresión ‘algún nervio’”. A los expresados efectos, reproduciendo de nuevo las consideraciones que se recogen en el informe médico pericial que se acompaña, se alega de contrario que “la médula espinal constituye el eje central del sistema nervioso central (...) y es responsable de la transmisión y modulación de la información motora y sensitiva entre el cerebro y el resto del organismo, además de albergar centros reflejos esenciales. Su irrigación depende de un sistema vascular segmentario, principalmente de las arterias espinales anterior y posteriores, por lo que una isquemia medular representa una lesión grave del sistema nervioso central, generalmente irreversible, con posibles consecuencias como paraplejia, cuadriplejia o alteraciones esfinterianas permanentes; es una complicación tan excepcionalmente grave y de naturaleza propia que en el consentimiento informado debería constar de manera expresa si se considerase un riesgo inherente al procedimiento./ En cambio, los nervios periféricos forman parte del sistema nervioso periférico (...) y están compuestos por axones motores, sensitivos o mixtos, con capacidad de regeneración parcial dependiendo del tipo y extensión del daño (neuropraxia, axonotmesis o neurotmesis, según la clasificación de Seddon y Sunderland) (...). Una lesión nerviosa periférica puede ocasionar déficits motores o sensitivos localizados, pero no implica compromiso de la médula espinal ni del sistema nervioso central./ Desde el punto de vista anatómico y fisiopatológico, debe precisarse que la lesión o afectación de un nervio periférico no es equiparable, en modo alguno, a una lesión o isquemia medular, dado que ambas estructuras pertenecen a sistemas neurales distintos en cuanto a localización, función y consecuencias clínicas./ No puede interpretarse ni inferirse que la mención a ‘lesión o afectación de algún nervio’

incluya o abarque la posibilidad de una lesión medular o isquemia medular, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:/ -La médula espinal es una estructura central con riesgos y complicaciones propias. El alcance funcional y pronóstico de lesión medular respecto a lesión en un nervio es radicalmente diferente/ -La isquemia medular es una complicación de naturaleza propia y significativamente tan grave, que debería constar de manera expresa en el consentimiento informado para que el paciente pudiera conocer y valorar la posibilidad de sufrir tal consecuencia vitalicia./ -El término 'nervio' claramente se refiere anatómicamente a estructuras periféricas y no al parénquima medular". En esta misma línea y a la vista del resto de las secuelas objetivadas por el perjudicado, el letrado que le representa alega, a mayores que "resulta palmario que al paciente no le fue transmitida información sobre el riesgo de lesión medular, pero es que no únicamente fue desinformado sobre ello, sino que tampoco se le informó sobre la posibilidad de lesión en el aparato urológico y/o de lesión en el aparato digestivo, sucediendo que todas estas lesiones y con naturaleza definitiva se produjeron en la intervención quirúrgica./ Es obvio y manifiesto que bajo la advertencia 'lesión o afectación de algún nervio que puede causar temporal o definitivamente trastornos sensitivos o motores' es inviable interpretar que está referida a síndrome de lesión medular T4 ASIA A, disfunción vésico uretral neurógena, arreflexia vesical, disinergia de esfínter externo uretral, micción descompensada, disfunción, disfunción intestinal neurógena, disfunción eréctil y eyaculatoria de origen neurógena, dolor neuropático y síndrome de túnel carpiano izquierdo, daños físicos todos ellos causados (al) paciente por la intervención".

6. El día 11 de diciembre de 2025, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en el informe del servicio y en la pericial de la empresa aseguradora. Considera, a la vista de todo lo actuado a lo largo del procedimiento, que "la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Si bien la complicación que presentó el paciente es poco habitual, se encuentra descrita en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente, donde se menciona la posibilidad de un daño

neurológico (en este caso medular) temporal o definitivo./ El diagnóstico de este tipo de casos es radiológico y no requiere de una biopsia previa, ya que las imágenes eran concluyentes (hemangioma vertebral agresivo en T7 con invasión peridural y compromiso medular). La ablación por radiofrecuencia era la alternativa adecuada al caso, ya que los tratamientos conservadores realizados (analgésicos, fisioterapia, etc.) fueron insuficientes para mejorar la sintomatología y este procedimiento conlleva menos riesgos que el tratamiento quirúrgico convencional que presenta más riesgo de infecciones, daños en estructuras anatómicas adyacentes y mayor morbilidad asociada a este procedimiento”. Por otra parte, señala que si se hubiera decidido “no intervenir, el paciente habría quedado parapléjico igualmente./ No ha existido mala praxis por parte de los profesionales que atendieron al paciente. El daño medular no se deriva directamente del tratamiento efectuado, sino de una isquemia medular por trombosis venosa retrógrada y no arterial directa por daño por el alcohol”.

Asimismo, respecto a las alegaciones presentadas en el trámite de audiencia, refiere que “la alegación de que no se realizó biopsia diagnóstica antes del tratamiento del hemangioma atípico parte de una premisa incorrecta respecto a la praxis médica vigente. El diagnóstico de hemangioma vertebral atípico se fundamenta en pruebas de imagen, siendo la RNM el método de referencia por su alta sensibilidad y especificidad en la caracterización de lesiones vasculares vertebrales. La biopsia, lejos de ser un procedimiento rutinario, se reserva para casos excepcionales donde persiste una duda diagnóstica tras la evaluación radiológica completa. Además, la biopsia en este contexto conlleva riesgos significativos: hemorragia, hematoma epidural y potencial daño medular, lo que puede agravar el cuadro clínico y retrasar el tratamiento definitivo. La literatura científica confirma que la biopsia no es obligatoria ni recomendada en hemangiomas atípicos cuando la imagen es concluyente, como ocurrió en este caso. Por tanto, la decisión de no realizar biopsia no solo fue correcta, sino que evitó riesgos innecesarios y se ajustó plenamente a la *lex artis ad hoc*./ El informe pericial de parte cuestiona la idoneidad del tratamiento aplicado, obviando que no existe un protocolo

universal para hemangiomas atípicos sintomáticos. La literatura describe múltiples opciones terapéuticas: vertebroplastia, radiofrecuencia, infiltración de etanol y radioterapia, todas ellas válidas según la situación clínica. En ausencia de compromiso medular, las técnicas mínimamente invasivas como la vertebroplastia y la radiofrecuencia son recomendadas por su eficacia y menor morbilidad. El tratamiento realizado en este caso -vertebroplastia combinada con radiofrecuencia- está descrito en la literatura como opción segura y eficaz para hemangiomas expansivos, ajustándose a la normopraxis. No existía alternativa conservadora viable, dado el riesgo del colapso vertebral y lesión medular si no se intervenía. Por tanto, la técnica aplicada fue correcta, proporcional y conforme a la evidencia científica./ La crítica relativa a la falta de monitorización intraoperatoria (MNIO) y monitorización térmica intracanal carece de sustento científico. El objetivo de la MNIO es diagnóstico, no terapéutico: permite detectar alteraciones funcionales durante la cirugía, pero no evita ni corrige el daño neurológico en tiempo real. La evidencia disponible muestra resultados inconsistentes sobre su eficacia para reducir complicaciones neurológicas, y varias sociedades científicas coinciden en que su uso no es universal ni exigible como *lex artis*. Del mismo modo, la monitorización térmica intracanal no está protocolizada en estas técnicas, como demuestran diversos estudios comparativos. Por tanto, la ausencia de estas medidas no implica infracción de la norma de cuidado ni genera relación causal con el daño medular, que es un riesgo inherente tanto a la lesión como a cualquier técnica invasiva./ Se cuestiona la elección de anestesia general, alegando que debería haberse optado por anestesia local con sedación, cuando ambas opciones son aceptadas en la práctica clínica y descritas en la literatura para procedimientos de vertebroplastia y radiofrecuencia. La anestesia general aporta ventajas en términos de inmovilidad y control del paciente, reduciendo riesgos asociados a movimientos durante la técnica. No existe evidencia que vincule el tipo de anestesia con la aparición de lesión medular en este contexto, por lo que la elección realizada fue adecuada y conforme a la *lex artis*./ La alegación de falta de información sobre el riesgo de lesión medular carece de fundamento, dado que el consentimiento firmado por el paciente incluía expresamente el riesgo de

lesión nerviosa permanente, lo que abarca la médula espinal. Además, este riesgo era inherente a la propia naturaleza del hemangioma expansivo y a todas las alternativas terapéuticas disponibles, ninguna de las cuales lo elimina”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de enero de 2026, 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 el reclamante activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar mediante 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 Ley 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 examinado, la reclamación se presenta el día 28 de enero de 2025 y, si bien en la misma se cuestiona la intervención que le fue realizada al reclamante en el Hospital “Y” el día 13 de noviembre de 2023, consta acreditado en el expediente remitido que, a resultas de las complicaciones habidas tras esta intervención, el perjudicado debió seguir tratamiento rehabilitador, primero en dicho hospital, desde donde el 6 de febrero de 2024 sería derivado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, en el que permaneció ingresado hasta el día 25 de octubre de 2024, siendo dado de alta con secuelas. En estas condiciones, basta con atender a esta última fecha del 25 de octubre de 2024, para concluir que la reclamación presentada el día 28 de enero de 2025 lo ha sido dentro del plazo de un año, legalmente determinado, a contar desde la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

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, y más en concreto en virtud de lo establecido en el artículo 81.1 de la LPAC, a cuyo tenor en los procedimientos de responsabilidad patrimonial será preceptivo el informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, este Consejo debe analizar si en el asunto examinado, a la vista de la documentación obrante

en el expediente, se ha dado adecuado cumplimiento a este necesario trámite procedimental.

Al respecto, conviene tener presente que, en el escrito de reclamación, el reclamante, a través de su representante, se limita a relatar de manera detallada los hechos en los que la misma se fundamenta, de los que extrae una serie de conclusiones, en forma de presunta infracción de la *lex artis* médica, pero sin aportar en ese momento, más allá de la cita puntual de determinada bibliografía médica, prueba pericial que avale esas afirmaciones desde el punto de vista de la ciencia médica.

Con estos antecedentes resulta entendible que el único informe de los servicios afectados que figura incorporado al expediente -el emitido el 7 de marzo de 2025 por el neurorradiólogo intervencionista y el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital "Y"-, se circunscriba, tras mostrar su inicial disconformidad con los reproches que el letrado formula en el escrito de reclamación, a proporcionar un "resumen del proceso". En estas mismas condiciones, la compañía aseguradora de la administración sanitaria ha incorporado al procedimiento un dictamen médico pericial, elaborado por dos especialistas, uno en Cirugía Ortopédica y Traumatología y otro en Radiodiagnóstico y Diagnóstico por la Imagen, el 5 de septiembre de 2025.

Sin embargo, con posterioridad a la emisión de estos documentos por parte del servicio afectado y la compañía aseguradora de la administración, en concreto en el trámite de audiencia y vista del expediente, se ha incorporado al procedimiento un escrito de alegaciones, con la cobertura pericial que le proporciona un informe de valoración médica elaborado también por un especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, que acreditaría, desde el punto de vista de la ciencia médica, la presunta mala praxis que se denuncia en la asistencia prestada al perjudicado, comenzando por cuestionar la inicial valoración del diagnóstico y, en consecuencia, el tratamiento quirúrgico pautado. Ello arroja como resultado que -sobre los reproches concretos, con soporte médico pericial, acerca de la adecuación a la *lex artis al hoc*- no ha tenido ocasión de manifestarse ninguno de los servicios afectados por la presente reclamación.

En estas condiciones, entendemos que el preceptivo informe de los servicios “cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”, en el que se aborden las imputaciones vertidas al respecto en la pericial presentada por el perjudicado, resulta al momento actual insuficiente, al carecer este Consejo de elementos imprescindibles para el análisis -desde el punto de vista de la estricta ciencia médica- del supuesto fáctico que motiva la reclamación y de la relación causal que los perjuicios alegados puedan tener con el funcionamiento del servicio público sanitario en atención a la asistencia prestada, lo que nos impide, en este momento, cualquier consideración sobre el fondo del asunto. Por esta razón, consideramos necesario, por lo pronto, solicitar un nuevo informe, complementario del ya emitido el 7 de marzo de 2025, por el neurorradiólogo intervencionista y por el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital “Y”.

Además de lo anterior, la instrucción llevada a cabo no aborda con el debido detalle, a nuestro juicio, otras cuestiones que se suscitan a la vista de los antecedentes fácticos de la reclamación formulada.

En este sentido, de la documentación incorporada al procedimiento, se desprende que el episodio asistencial que se cuestiona se inicia con una “hospitalización” del paciente, el día 15 de julio de 2023 en el Hospital “Z”, en el que el facultativo actuante, tras realizar una Rx de tórax “sin hallazgos patológicos”, “aconseja” una “RMN torácica para despistaje patología raquidea/radicular”. Según refiere el reclamante, ante la demora prevista para que esta prueba fuera realizada en el ámbito de los servicios sanitarios públicos, la misma se realizó finalmente en una clínica privada el día 12 de septiembre de 2023 y en ella ya se informó de la existencia de un “hemangioma vertebral atípico, agresivo, en el cuerpo vertebral D7”. Con el resultado de esta prueba, el paciente retorna al servicio público sanitario, pero no lo hace al Hospital “Z”, sino al Servicio de Traumatología del Hospital “X”, donde el día 19 de septiembre de 2023, el paciente es valorado por un traumatólogo de este último hospital que, según se refiere en la reclamación, anotaría en la historia clínica del paciente “pido TAC para ver trabeculación y stock óseo. Después biopsia percutánea. Opciones terapéuticas: fenolización

vertebro, exéresis”. El TAC dorsal solicitado se realizó el 25 de septiembre de 2023 en el Hospital “X” y, a la vista de sus resultados -siempre a tenor del letrado representante del reclamante-, “el traumatólogo de (la) Unidad de Columna del Hospital “X” propuso como opción óptima (única que planteó) el tratamiento de embolización percutánea de hemangioma vertebral y ablación con radiofrecuencia de lesión vertebral; la intervención sería llevada a cabo por un facultativo de otro centro (...), con motivo, según se informó, de ser un médico especializado en la materia”, siendo así que este centro al que se hace referencia resulta ser un hospital privado y ajeno, en principio, al Sistema de Salud del Principado de Asturias, entendido el mismo como el conjunto del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias y la Red Sanitaria de Utilización Pública del Principado de Asturias.

En estas condiciones, si tenemos en cuenta que, en la presente reclamación, se cuestiona, en base a lo razonado en la pericial elaborada a instancias del perjudicado por un especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, lo que es calificado tanto de un “diagnóstico carente de certeza” como de una “elección inadecuada de técnica quirúrgica”, consideramos necesario dar traslado de la reclamación formulada al Servicio de Traumatología del Hospital “X” o, de forma más específica, a la “Unidad de Columna”, en tanto que servicio afectado por la misma.

Llegados al día de la intervención en el Hospital “Y”, 13 de noviembre de 2023, a cuyo efecto el día 17 de octubre anterior, en la consulta de Radiología el paciente había firmado el preceptivo “consentimiento informado para tratamiento por radiofrecuencia percutánea de lesiones óseas vertebrales”, nos encontramos, en primer lugar, con que la instrucción desarrollada no ha podido aclarar de manera cierta si esta intervención fue finalmente realizada o no por el “facultativo de otro centro” al que se hace referencia en el escrito de reclamación, aspecto este que consideramos debe ser aclarado en el nuevo informe o informe complementario, que ya antes hemos dejado indicado que debe ser emitido por el neurorradiólogo intervencionista y por el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital “Y”.

También en relación con la forma en que el día 13 de noviembre de 2023 fue abordada la intervención, nos encontramos con que, en el escrito de alegaciones presentado por el reclamante tras el trámite de audiencia -con base también en el informe de valoración médica pericial elaborado a instancias del reclamante por un especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica el 21 de octubre de 2025-, se cuestiona la concreta técnica anestésica aplicada, cuestión esta que, ya en el escrito de reclamación, había sido objeto de denuncia desde otro punto de vista, al señalar que ese día 13 de noviembre de 2023 el ahora reclamante fue la última persona en ser intervenida, por así haberlo decidido “el equipo médico (...) con ánimo de rebajar (no anular) las posibles condiciones derivadas de una anestesia general que se tenía que realizar incumpliendo el protocolo de ayuno”. En este contexto, al que se une que el “consentimiento informado para el acto anestésico” (incorporado al procedimiento con fecha el 14 de noviembre de 2023, esto es el día siguiente al de la realización de intervención), consideramos necesaria la incorporación al procedimiento de un informe, en tanto que servicio afectado por la reclamación, del Servicio de Anestesia del Hospital “Y”, sobre la reclamación formulada.

Específicamente, dichos informes habrán de pronunciarse sobre la procedencia y justificación del incumplimiento del protocolo de ayuno y sobre si el riesgo descrito en el documento de consentimiento, referido a la lesión de algún nervio, comprende la que aquí se materializa sobre la médula del reclamante.

En suma, habrá de retrotraerse el procedimiento al momento oportuno para realizar los actos de instrucción necesarios, debiendo incorporarse al expediente tanto un nuevo informe o informe complementario al ya aportado como los nuevos informes indicados de los servicios afectados, cuyo funcionamiento pudiera haber ocasionado la presunta lesión indemnizable, recibidos los cuales e incorporados al mismo, una vez evacuado un nuevo trámite de audiencia y formulada otra propuesta de resolución, deberá remitirse a este Consejo a efectos de recabar el preceptivo dictamen.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada, debiendo retrotraerse el procedimiento en los términos reseñados.”

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.-