

Dictamen nº: **144/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **23.03.21**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 23 de marzo de 2021, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ...., (en adelante “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos por su hija menor de edad, ....., como consecuencia de la asistencia sanitaria que la misma recibió en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, desde el 10 de mayo de 2018, al considerar que medió un negligente retraso del diagnóstico de la osteomielitis vertebral cervical que padecía y que ello ha determinado una mayor gravedad en la evolución de su enfermedad, así como múltiples secuelas.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Mediante escrito presentado con fecha 30 de octubre de 2019, en el registro del Servicio Madrileño de Salud, la persona identificada en el encabezamiento formuló reclamación de responsabilidad patrimonial por considerar deficiente la asistencia sanitaria dispensada a su hija en las Urgencias Pediátricas y en el Servicio de Traumatología del Hospital General Universitario Gregorio

Marañón, en adelante HGUGM, al entender que la osteomielitis vertebral que ya presentaba el 10 de mayo de 2018, le fue diagnosticada con retraso, por la negligencia de los médicos que allí la trataron, determinando una rápida evolución de la enfermedad, así como secuelas muy graves.

Explica que acudió a las Urgencias del HGUGM el día 10 de mayo de 2018, al presentar su hija, de 12 años de edad en ese momento, fiebre muy alta y que sólo le realizaron un test rápido y una tira reactiva de orina y, al ser negativa en estreptococo, le dieron el alta. Tampoco le hicieron más pruebas al día siguiente, cuando volvió al mismo centro hospitalario y sólo el día 13 de mayo, ante su insistencia y al continuar la menor con fiebre elevada y malestar general, le realizaron una analítica y un hemocultivo.

Indica que pasados otros tres días desde la última vista a Urgencias, informaron telefónicamente al padre de la paciente de que su hija tenía mononucleosis, además de una infección en la sangre causada por la bacteria *Estaphylococcus aureus*, aunque restaron importancia a esta última si ya no presentaba fiebre, como efectivamente explicó que sucedía el padre.

Refiere que el día 18 de mayo, regresó a las Urgencias, por presentar la menor dolor muy fuerte de cabeza y oídos, así como del cuello (“...*apenas puede moverlo*”), aunque valoraron que se trataba de una contractura, recomendando que asistiera a fisioterapia.

La reclamante señala que la niña estuvo de ese modo, sin más pruebas diagnósticas ni medicación alguna, hasta el día 2 de junio. En esa fecha volvieron a llevarla a Urgencias (“... *la niña no puede casi ni andar y no para de llorar de dolor*”), siendo entonces cuando considera que verdaderamente le prestaron atención, por lo que decidieron ingresarla para estudiar a fondo su situación. Añade que a los tres días de estar ingresada comenzaron a dispensarle un fuerte tratamiento

antibiótico, que ha mantenido durante seis meses, junto con los calmantes y analgésicos, también necesarios, además de tener que pasar por dos ingresos hospitalarios- de 12 y 7 días, respectivamente-, multitud de pruebas y ser atendida en diversas especialidades, incluida la Unidad del Dolor y de Salud Mental.

Afirma que a resultas de lo que califica como “*actos y malas decisiones de los médicos residentes*” se ha puesto en riesgo la vida de su hija y se le han causado secuelas muy serias, tanto físicas (“...*la bacteria le ha destrozado parte de la columna y la tibia derecha*”) como psicológicas/psiquiátricas, motivadas por la afectación emocional de la menor. Destaca igualmente que se ha frustrado la formación de danza que recibía la niña, “*en un importante conservatorio profesional*”. Por todo ello reclama una indemnización que no cuantifica en este primer momento.

Junto con su reclamación presenta diversa documentación médica.

Posteriormente, mediante escrito de 17 de enero de 2020, con el que también se adjuntó copia del libro de familia, acreditando el parentesco de la reclamante con la menor, se cuantificó la reclamación en la cantidad total de 271.577,2€, que se desglosa adicionando 2.800€ por los días de estancia hospitalaria, 16.650€ por los días improductivos sin estancia hospitalaria, 90.000€ por daño moral y pérdida de calidad de vida, 50.000€ como gastos previsibles de asistencia sanitaria y personal futura, importe de medicamentos y gastos de transporte y, finalmente 112.127,20€, por las secuelas: osteítis cervical, paraparesia leve de miembros superiores e inferiores y osteomielitis de tibia.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente Dictamen:

La paciente, nacida en julio de 2005, presentaba antecedentes médicos de dilatación del tracto urinario de grado 1, úlcera gástrica secundaria a AINEs y había padecido cólico renoureteral en enero y junio de 2017, por lo que mantenía seguimiento en Nefrología. Además, estaba diagnosticada de hipocitaturia y padecía alergia alimentaria al melón, la sandía, los frutos secos y el tomate, además de alergia al olivo y a las gramíneas.

El día 10 de mayo de 2018 acudió a Urgencias Pediátricas del HGUGM, por fiebre de hasta 39,2°C de 2 días de evolución, acompañada de cefalea y náuseas. Se le realizó una exploración física completa que resultó normal, un test rápido de Streptococo A y un análisis de orina. Resultando todas las pruebas negativas y con el juicio clínico de fiebre sin signos de alarma, se le dio el alta bajo tratamiento con paracetamol 500 mg y Nolotil 575 mg.

El día 11 de mayo de 2018 acudió nuevamente a Urgencias del citado hospital por persistir la fiebre, ahora de 3 días de evolución, con máximo de 39.7°C. Continuaba sin asociar sintomatología adicional de importancia, ya que únicamente se evidenciaron adenopatías latero cervicales rodaderas, elásticas, no adheridas, <1 cm de diámetro, no presentes en otros niveles y en la exploración física la menor presentaba buen estado general, siendo todas las maniobras exploratorias negativas.

A la vista de todo ello, se le diagnosticó fiebre sin foco, de comienzo reciente, en paciente con buen estado general y se le dio de alta, manteniendo el mismo tratamiento.

El día 13 de mayo de 2018 acudió por tercera vez al servicio de Urgencias por persistencia de fiebre de 39° sin foco.

En la exploración presentó un cierto empeoramiento de su estado general, encontrándose ojerosa aunque sin aspecto séptico, pero con

signos de mala perfusión periférica, con lívido reticularis en antebrazos y muslos, frialdad acra y relleno capilar algo retardado. El resto de la exploración física fue normal. Ante la persistencia de la fiebre y la nueva sintomatología asociada, en esa asistencia también se le realizó analítica de sangre, que incluía serologías y hemocultivos.

Los resultados analíticos fueron normales, si bien denotaron la presencia de algún patógeno, al resultar un valor de 11.5 en la medida de la reacción en cadena de la polimerasa -PCR-, pese a lo cual el hemograma era normal, sin leucocitosis ni elevación de otros reactivos que evidenciaran fase aguda. De ese modo, con el diagnóstico de síndrome febril de probable etiología vírica, se decidió el alta a domicilio, tras remisión del pico febril con la administración de metamizol. No obstante, se indicó la necesaria revisión de la paciente en consultas externas de Enfermedades Infecciosas, para recoger los resultados del cultivo y se explicó a la madre cuál sería la sintomatología de alarma, en su caso, y la necesidad de acudir de nuevo a las urgencias si se presentara.

El día 17 de mayo de 2018 se contacta desde el Servicio de Microbiología con el Servicio de Pediatría al resultar positivos los hemocultivos extraídos a la paciente en su última visita a Urgencias. Consta en los evolutivos de la historia clínica que se contactó desde Pediatría por vía telefónica con el padre de la menor, para explicar la situación y que él mismo indicó que la menor se encontraba sin fiebre desde hacía 24 horas y que se había ido al colegio. Se le recordó entonces que acudieran a Urgencias en caso de nuevo pico febril.

El día 18 de mayo de 2018 regresaron a Urgencias por cuadro de 5 días de evolución del dolor de cuello con extensión a la región suboccipital, asociado a dolor de garganta, que había ido empeorando en los últimos días, aunque el cuadro febril había desaparecido 3 días antes. En la anamnesis la madre refiere que desde que tuvo el cuadro

febril había permanecido una semana tumbada, y sin moverse demasiado, por lo que resultando el resto de la exploración física completamente normal, y dado que únicamente se constató contractura en la zona del trapecio con limitación de la movilización hacia los lados, más comprometida en el lado izquierdo; se le dio el alta con el diagnóstico de contractura cervical y la prescripción de tratamiento analgésico vía oral (metamizol) y calor local.

El día 22 de mayo de 2018 acudió la madre, sin la paciente, a las consultas externas de Pediatría del hospital, por positividad del hemocultivo. En la anamnesis indicó que la paciente permanecía afebril y que refería que la cervicalgia era algo menor, aunque persistía. No obstante, se le indicó que acudiera con la niña a Urgencias para control clínico y analítico.

La menor, junto con su madre, acudió a Urgencias ese mismo día 22 de mayo de 2018. Se reflejó en la anamnesis que a la paciente le seguía molestando la cefalea, especialmente en la raíz nasal y zonas temporales, que era un dolor de carácter opresivo y cedía con paracetamol. Además, la madre refirió que la niña era bailarina y que una semana antes se hizo daño en una rodilla, sin presentar inflamación. En la exploración física presentaba dolor cervical a la palpación y molestias con la movilidad. También se describió dolor en la tuberosidad interna de tibia derecha, aunque sin objetivar inflamación, pese a lo cual la rodilla era inestable.

Dado que el hemocultivo extraído en Urgencias el día 13 de mayo había resultado positivo a *Staphylococcus aureus*, y para descartar una posible contaminación de la muestra, se le se extrajeron nuevos hemocultivos ese mismo día. Además, la analítica del mismo día denotaba una infección por citomegalovirus. También se realizó radiografía de la rodilla que no presentó alteraciones radiológicamente significativas, ni signos de derrame articular, alteraciones en la

densidad ósea o reacciones periólicas, en ese momento. A la vista de todo ello, se le diagnosticó “*Síndrome febril prolongado con aislamiento de Staphylococcus aureus (podría tratarse de un contaminante) y probable mononucleosis infecciosa por citomegalovirus*”. Se indicó a la madre que la llamarían por teléfono en tres días para el control de los nuevos hemocultivos y se programó cita en Consulta de Enfermedades Infecciosas en 1 mes. Además, se le indicó a la paciente que podía reiniciar actividad física suave, según tolerancia, vigilando el dolor de la rodilla.

El hemocultivo realizado el 22 de mayo fue informado como “*estéril a los 5 días de incubación*”.

El día 2 de junio la paciente acudió de nuevo a Urgencias Pediátricas HGUGM por cervicalgia intensa que afectaba sobre todo al lado izquierdo pero también región faríngea y oído. Continuaba afebril en ese momento.

Fue valorada por los servicios de Pediatría y de Traumatología y en la exploración física se constató contractura de la musculatura paravertebral izquierda muy dolorosa, con limitación importante de la movilidad y fuerza conservada. Se realizó una radiografía que se informó indicando “*rectificación con discreta inversión de la lordosis cervical fisiológica. Odontoides en la línea media. No se aprecia aumento de partes blandas ni otras alteraciones valorables*”. Se administró analgesia en las Urgencias con fentanilo, además de pautar tratamiento con Enantyum, metamizol y ciclobenzaprina y, finalmente se decidió el ingreso de la menor a cargo del Servicio de Traumatología con el juicio de “*Contractura cervical izquierda. A descartar síndrome de Grisel*”.

Durante los primeros días del ingreso la paciente fue tratada con analgesia (fentanilo y metamizol) y tracción cervical que toleraba mal.

Se solicitó un TAC cervical e interconsulta con el Servicio de Patología Infecciosa Pediátrica.

El TAC no identificó evidencia de luxación/subluxación atlanto-axoidea, aunque destacó una *“lesión ósea lítica en C3 con imagen de densidad calcio en su centro que podría corresponder con un osteoma osteoide con nidus siendo menos probable que corresponda a una osteomielitis subaguda”*. Se recomendó ampliar el estudio mediante Resonancia Magnética.

Dado el informe del TAC y la presencia de febrícula en la paciente, desde el Servicio de Patología Infecciosa Pediátrica indicaron, previa extracción de analítica y hemocultivo, iniciar tratamiento con cefazolina parenteral a la espera de la realización de la RM.

La analítica mostró aumento de los parámetros de inflamación (PCR 15, VSG 54) y en la indagación de la causa, se le realizaron diversas pruebas diagnósticas. Las serologías resultaron negativas para *Rosa de Bengala* y *Coxiella*, así como la prueba del *Mantoux*, que también fue negativa. Pese a todo, los hemocultivos extraídos durante el ingreso resultaron positivos para *Staphylococcus aureus* con misma sensibilidad que el hemocultivo que resultó positivo para este germen el 13 de mayo.

La RMN se informó indicando *“hallazgos que pueden estar en relación con osteomielitis subaguda cuerpo vertebral de interés con componente de partes blandas asociado, según se describe. Se pueden descartar otras posibilidades”*, por lo que se retiró la tracción cervical.

Se solicitó también valoración por Cardiología que realizó ecografía cardíaca, descartándose datos de endocarditis.

Se produjo a partir de entonces una mejoría progresiva de la paciente, con disminución de la analgesia que precisaba y mejoría de

los parámetros analíticos, siendo dada de alta el 14 de junio de 2018, con el juicio clínico de osteomielitis subaguda C3. Se mantuvo el tratamiento antibiótico con cefadroxilo y la analgesia con metamizol vía oral, se le colocó un collarín cervical y se programaron revisiones en consultas externas de Traumatología e Infecciosas.

El día 16 de junio de 2018 acudió la niña a revisión en consultas externas de Traumatología, donde refirió nuevamente dolor en la rodilla derecha. En la exploración presentaba como único hallazgo dolor a nivel femoropatelar. Se realizó radiografía cervical de control que constató *“rectificación de la lordosis cervical fisiológica. Imagen redondeada lítica en el margen postero superior de C3 que se corresponde a la imagen de CT/RMN sin afectación del espacio discal, sugestiva de osteomielitis subaguda como primera posibilidad”*. Se le realizó también radiografía de la rodilla derecha, que se informó como *“imagen lítica de contorno bien definido, sin esclerosis en metafisaria tibial, que en el contexto clínico de la paciente podría corresponder a otro foco de osteomielitis”*.

Ese mismo día también fue valorada por Pediatría, que mantuvo el tratamiento pautado al alta del ingreso hospitalario.

A partir de esa fecha, la paciente mantuvo seguimiento en las consultas de Enfermedades Infecciosas y de Traumatología del hospital.

El día 23 de julio se le realizó RM de control que detectó la afectación de la tibia: *“osteomielitis focal aguda-subaguda fisiaria de la tibia derecha sin complicaciones locales. Progresión de la osteomielitis de C3 a espondilodiscitis subaguda C2-C3 sin complicaciones sobre el canal raquídeo ni abscesos perivertebrales”*. Comentado el caso en sesión clínica, se mantuvo el tratamiento previo con mejoría clínica, analítica y radiológica hasta el día 24 de septiembre de 2018 en que la paciente ingresó nuevamente en el HGUGM, tras contacto en consulta externa con Traumatología y Pediatría Infecciosa, por reaparición de dolor a

nivel cervical posterior e izquierdo de unos 12 días de evolución, con regular control a pesar de analgesia. La paciente también refirió que, durante los días previos, sufrió adormecimiento y hormigueos en el 2° dedo de la mano izquierda, de forma intermitente sin pérdida de fuerza asociada. Se mantenía afebril y refería asociar el aumento del dolor con la práctica de baile los días previos.

Durante el ingreso fue valorada en conjunto con Traumatología, realizándose analítica (con reactantes de fase aguda negativos), radiografía de columna cervical (sin hallazgos patológicos) y hemocultivo.

En la exploración física presentaba dolor a punta de dedo en región cervical posterior y zona paravertebral izquierda, así como movilización cervical sin apenas limitación, aunque refería dolor a la lateralización a la derecha. Neurológicamente no se observaron alteraciones en la fuerza ni en la sensibilidad de los miembros, salvo los hormigueos referidos en 2° dedo de mano izquierda.

Durante el ingreso fue igualmente valorada por la Unidad del Dolor y después de todas las pruebas y estudios referenciados, que descartaron mayores complicaciones, se le dio de alta por el buen control de los síntomas, quedando pendiente de RM de control en octubre. Al alta se mantuvo tratamiento analgésico, con analgesia de primer nivel.

A partir de ese momento la paciente mantuvo seguimiento estrecho en consultas de Traumatología e Infecciosas, tanto presencial como telefónico y finalizó el tratamiento antibiótico el 5 de diciembre de 2018.

En la consulta de la Unidad del Dolor del día 15 de enero de 2019, la paciente refirió que no precisaba continuar con la analgesia, aunque se le siguió realizando seguimiento, según se refleja en la historia clínica.

Se realizó a la paciente una RM el 13 de marzo de 2019, informándose como “*cambios residuales de espondilodiscitis C2-C3 sin signos de actividad en el momento actual*” y también Gammagrafía ósea, el 20 de marzo de 2019, que reflejó “*estudio óseo normal, negativo para proceso inflamatorio y aumento de la actividad osteogénica en el momento actual*”.

La paciente también fue valorada en consultas externas de Reumatología y de Inmunología y descartando patología autoinmune, inmunológica o inflamatoria, como origen del proceso sufrido por la paciente y realiza tratamiento rehabilitador con mejoría de la sintomatología asociada. Además, también fue citada en consultas de Psiquiatría y Psicología Clínica del HGUGM desde noviembre de 2018, diagnosticada de un trastorno adaptativo secundario a su patología. No se ha llegado a realizar tratamiento farmacológico en ningún momento, aunque sí ha recibido psicoterapia individual.

Con posterioridad, la paciente alterna periodos de gran mejoría clínica, con otros de empeoramiento, generalmente relacionados con la actividad física deportiva, según sus propias referencias y como consta en la historia clínica.

Se produjo un nuevo ingreso hospitalario de ocho días en noviembre de 2019 por cervicalgia, aunque en las RM realizadas en ese episodio, se descartó organicidad asociada a este episodio.

De ese modo, consta RM de columna cervical, del día 12 de noviembre, que concluyó la presencia de “*cambios residuales en C2-C3, sin alteraciones radiológicas que justifiquen la dinámica actual*” y RM de control de la rodilla derecha el día 19 de noviembre, que denotó: “*edema del comportamiento articular supraexterno de carácter inespecífico, hallazgo en relación con cápsula sinovitis localizada, a valorar síndrome*

*de pinzamiento lateral rotuliano o bien síndrome de plica sinovial sin otros hallazgos asociados”.*

El 25 de noviembre fue valorada en consultas externas, encontrándose muy bien y con un adecuado control del dolor, realizando vida escolar normal y pendiente de gammagrafía ósea. Se decidió revisión en cuatro meses y quedaba pendiente de valoración la revisión de la rodilla, en Consulta de Traumatología.

La última asistencia reflejada en la historia clínica remitida al objeto de tramitar esta reclamación es del día 31 de enero de 2020, cuando se valoró a la paciente en consultas externas de Traumatología y Ortopedia, por patología de rodilla contralateral de naturaleza no infecciosa, reflejándose que quedaba pendiente de nueva valoración en el mes de marzo de 2020.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación el 30 de octubre de 2019 se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se han incorporado al expediente diversos informes de los responsables de los servicios que han tratado a la paciente, a los que pudieran atribuirse responsabilidades. Así consta el Informe del Servicio de Urgencias Pediátricas, de 16 de diciembre de 2019 y el informe del Servicio de Traumatología Infantil -Sección de Traumatología y Ortopedia-, de 3 de febrero de 2020, en ambos casos del HGUGM.

El informe del Servicio de Urgencias pediátricas del hospital repasa las asistencias de los días 10, 11, 13,18 y 22 de mayo y la del día 2 de junio de 2018 y establece que en todos esos casos las decisiones diagnósticas y asistenciales resultaron ajustadas a las evidencias que en cada momento se iban obteniendo y a las características de la

actividad propia de la asistencia de Urgencias, por lo que concluye que en todos los casos se actuó de forma correcta.

El informe del Servicio de Traumatología Infantil, analiza con mayor profundidad las características de la patología que afecta a la hija de la reclamante e insiste en la dificultad del diagnóstico en este caso, explicando que el diagnóstico definitivo de la osteomielitis vertebral, sólo puede hacerse mediante el aislamiento de un microorganismo a partir del cultivo de la biopsia o del hemocultivo y que el curso habitual de esta enfermedad es subagudo o crónico, lo cual permite un abordaje diagnóstico sin urgencia en la inmensa mayoría de los casos.

Destaca que la osteomielitis es una patología que presenta en sus primeras semanas una clínica inespecífica, que unida a la escasa frecuencia de aparición, dificultan la sospecha diagnóstica. Concretamente, indica que la escasa prevalencia de las osteomielitis vertebrales cervicales, así como la dificultad de su diagnóstico producen una demora en el diagnóstico que las series publicadas promedian entre 6 y 8 semanas, que coincide con el tiempo que tardó en establecerse el diagnóstico en este caso.

Además, destaca que tanto el hemograma como los reactantes de fase aguda de las analíticas practicadas en la paciente eran poco sugerentes de la entidad de la enfermedad y que las radiografías realizadas tampoco arrojaron datos de sospecha, probablemente por un tiempo de evolución aún corto.

Sin embargo, la realización de un TAC, así como las correspondientes gammagrafías óseas permitieron el diagnóstico, descartando otro tipo de patologías y así establecer el tratamiento adecuado, combinando un completo tratamiento antibiótico, con la necesaria terapia analgésica.

Explica que el abordaje del proceso en el HGUGM ha sido multidisciplinar, principalmente a cargo de la Sección de Traumatología, aunque en correlación con la Sección de Enfermedades Infecciosas, la Unidad del Dolor y en su momento, el Servicio de Rehabilitación e, incluso de Salud Mental, a cargo mayoritariamente de Psicología Clínica, para el tratamiento del síndrome adaptativo posterior de la paciente, ajustándose a las características de su dolencia y a sus concretas manifestaciones.

Finalmente destaca que, aunque la paciente ha necesitado de dos ingresos hospitalarios, su evolución ha sido satisfactoria, según evidencia la Resonancia Magnética de 12 de noviembre de 2019, sin apreciarse signos de recidiva del proceso infeccioso y con signos residuales a nivel óseo en el área de la infección (C2-C3). También se hace notar que, pese a todo, la paciente continúa en seguimiento por parte de la sección informante- la Sección de Traumatología y Ortopedia del Servicio de Traumatología Infantil del HGUGM-, no habiéndose dado de alta en la fecha de su firma, el 3 de febrero de 2020. A la luz de todo ello, se concluye que la paciente ha sido tratada según la *lex artis*.

Con fecha 30 de julio de 2020 emitió informe la Inspección Sanitaria (folios 370 a 385). En el mismo se analiza cumplidamente la sintomatología y características de la patología de la menor, que motiva esta reclamación y se argumenta con solvencia que, pese a la subsistencia parcial de la sintomatología dolorosa de la paciente, de la posible evolución de la enfermedad y de sus secuelas actuales, la asistencia médica practicada se encuentra ajustada a *lex artis ad hoc*, a la luz de la evidencia científica existente en el momento de producirse la misma.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica recabada del HGUGM, se ha evacuado el oportuno

trámite de audiencia a la reclamante en el procedimiento. Consta el correspondiente acuse de recibo, de fecha 21 de diciembre de 2020.

La reclamante ha hecho uso de su derecho a efectuar alegaciones finales al procedimiento, mediante escrito presentado el día 19 de enero de 2021. En ellas reitera el planteamiento de su reclamación inicial, considerando que el diagnóstico y tratamiento de la verdadera dolencia de su hija ha sufrido un retraso indebido, siendo inicialmente confundida con una infección por citomegalovirus -mononucleosis- y que ello ha permitido que la infección progresara, afectándole a los huesos y produciéndole las secuelas que presenta. Adicionalmente reitera el desglose económico del importe total de su reclamación.

Con fecha 27 de enero de 2021, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, desestimando la reclamación al no haberse constatado mala praxis en la atención sanitaria dispensada.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 26 de febrero de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 98/21, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 23 de marzo de 2021.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de la documentación, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f.a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000€, cursada por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La menor, supuestamente perjudicada por la asistencia y, por tanto legitimada activamente, según el artículo 4 de la LPAC y 32 de la LRJSP, actúa debidamente representada por su madre en este procedimiento, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil, que atribuye la representación legal de los menores no emancipados a sus padres. Se ha acreditado debidamente la relación paterno-filial mediante copia del libro de familia.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al que se atribuye un retraso en el diagnóstico y el tratamiento de la la osteomielitis vertebral cervical que padece la menor.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas, lo que equivale a decir que el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, siendo ésta una aplicación de la teoría de la “*actio nata*”, recogida en el artículo 1969 del Código Civil.

En el presente caso, la reclamación se interpuso el día 30 de octubre de 2019 y, según consta entre los antecedentes documentados en la historia clínica, la menor ha venido estando sujeta a diversos tratamientos desde el 10 de mayo del 2018 y continúa en seguimiento por la evolución de su enfermedad, habiéndose documentado algunas asistencias incluso posteriores a la fecha de la presentación de la reclamación, ya que su situación médica no puede tenerse por anteriormente estabilizada. En consecuencia, deberemos considerar que la reclamación ha sido formulada en plazo legal.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha incorporado la historia clínica completa de la paciente -con inclusión de los consentimientos informados correspondientes a los procedimientos invasivos que se le han practicado, oportunamente suscritos por los padres de la menor- y se ha solicitado el informe/s preceptivo previsto en el artículo 81 de la

LPAC, esto es, el de el/los servicio/s presuntamente causantes del daño, constando los del Servicio de Urgencias Pediátricas y el de Traumatología Infantil -Sección de Traumatología y Ortopedia-, del HGUGM.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y que después se realizó el trámite de audiencia a la reclamante, que ha efectuado las correspondientes alegaciones finales. Finalmente, se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución, con sentido desestimatorio de la reclamación, por considera la asistencia ajustada a la *lex artis*.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

**CUARTA.-** En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la

denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal [por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010 )] que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente»,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria,

sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

**QUINTA.-** Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta probado en el expediente que la menor por razón de cuya asistencia médica se reclama padece una osteomielitis vertebral cervical y que la diversa sintomatología que iba asociada a esa enfermedad, en principio no diagnosticada a la niña, determinó el inicio de las asistencias recibidas en el mes de mayo de 2018, primero en las Urgencias y más tarde en el Servicio de Traumatología del HGUGM, en correlación con otros servicios del mismo hospital, principalmente el de Enfermedades Infecciosas y la Unidad del Dolor. También hay constancia de cuál fue el tratamiento a que tuvo que someterse la menor, una vez diagnosticada la enfermedad, así como las importantes secuelas que su evolución le ha ocasionado. De ese modo, ha quedado acreditada la realidad de los daños que la paciente ha sufrido, con independencia de que los mismos sean o no determinantes de responsabilidad patrimonial a cargo de la administración sanitaria madrileña.

De ese modo y según lo expuesto anteriormente, existiendo daño resulta necesario examinar la concurrencia de los requisitos relativos a la relación de causalidad entre los mismos y la asistencia sanitaria prestada, así como el de la antijuridicidad del daño, para poder

establecer -si ese fuere el caso- la existencia de responsabilidad patrimonial.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

En el presente caso, la reclamante alega que la asistencia médica que le fue dispensada a su hija en el HGUGM fue deficiente y, concretamente que incurrió en un retraso diagnóstico, por cuanto considera que las atenciones iniciales no abordaron en profundidad el análisis de los síntomas que presentaba la niña, propiciando un efectivo retraso en su diagnóstico que ha demorado el comienzo del tratamiento, determinado un peor pronóstico y unas secuelas de mayor entidad.

Toda esta argumentación de la reclamante descansa exclusivamente en su opinión, ya que su planteamiento no ha sido refrendado por ninguna prueba o criterio médico-científico, incorporado al procedimiento por su parte, limitándose a repasar las diferentes asistencias que se le dispensaron desde ese momento inicial y a afirmar que las primeras asistencias no fueron completas, ya que no constataron la osteomielitis vertebral cervical que padece su hija.

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que*

*figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.*

Frente a esta ausencia probatoria, los informes de los diferentes servicios implicados en los tratamientos dispensados argumentan con solvencia que, con independencia de no lograr la completa solución de la patología de la menor, en todo momento ha sido atendida adecuadamente, analizado puntualmente la sintomatología que presentaba, aplicando las técnicas terapéuticas indicadas, de conformidad con el estado de la ciencia, por lo que la asistencia debe considerarse ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014): *“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*

En el caso que ahora nos ocupa, el informe de la Inspección, en lógica coherencia con las explicaciones contenidas en los de los servicios implicados en la asistencia de la hija de la reclamante, analiza detenidamente la totalidad de los conceptos médicos que se manejan en este procedimiento, el desarrollo temporal de las sucesivas atenciones

dispensadas a la paciente y concluye que no se aprecia mala praxis en la actuación valorada.

Así, en relación con las asistencias en Urgencias de los días 10,11 y 13 de mayo de 2018, explica que el cuadro padecido por la menor encuadraría en la categoría de “*fiebre sin foco, de comienzo reciente*”, de 5 días de evolución, desde el inicio de la misma hasta la última consulta referida en la que se extrajo la analítica y, en la que tras una adecuada exploración física y tras realizar las pruebas complementarias pertinentes, no se objetivó una causa clara. Señala el informe que, tal y como se extrae de la bibliografía, en niños mayores de 3 años el riesgo de infección bacteriana grave es mínimo, y por lo tanto el manejo de estas situaciones es similar al que se mantiene con los adultos, mediante antitérmicos (paracetamol o ibuprofeno) y no estando indicado el tratamiento antibiótico, por lo general. En esta situación, solamente se indica el estudio analítico y/o con pruebas de imagen, si existe afectación del estado general y/o en cuadros febriles prolongados (más de siete días). De ese modo, se hace notar que esta fue la actitud diagnóstica/terapéutica que se adoptó en las tres primeras visitas a urgencias de la menor, en lo referente al manejo de la fiebre, motivo por el cual la paciente consultaba.

En lo referente a las pruebas analíticas realizadas, destaca que la paciente únicamente presentaba una ligera elevación de PCR, siendo el resto de la analítica normal. El riesgo de bacteriemia según el índice de Pitt – indicador generalmente admitido a estos efectos- era bajo y no se daba ninguna de las circunstancias que hubieran obligado a la realización de hemocultivos (aun no podía considerarse “*fiebre de origen desconocido*” por su corta evolución, tratándose únicamente de “*fiebre sin foco*”). Aun así, se extrajo una muestra a la paciente a estos efectos, aunque conforme a lo indicado en las guías y protocolos médicos para el manejo de estos episodios de fiebre sin foco, se le dio el alta al domicilio, sin perjuicio de las citas y revisiones programadas.

Refiere la inspectora que, el día 17 de mayo de 2018 (cuatro días después de la extracción de los hemocultivos y al resultar positivos los mismos), se contactó diligentemente con la familia y como la paciente no presentaba datos de gravedad clínicos ni analíticos, como explicó el padre de la menor que indicó que la niña se encontraba afebril y acudiendo al instituto, se decidió, conforme a lo dispuesto en la bibliografía, continuar la valoración ambulatoria y acudir a urgencias en caso de datos de alarma.

En cuanto al diagnóstico y manejo inicial de la cervicalgia, se explica en el informe de la Inspección Médica que, según establece la bibliografía, la cervicalgia es un dolor muy frecuente habitualmente secundario a procesos mecánicos (80%). En este caso, el hecho de que el dolor se reprodujera con los movimientos y mejorara con el reposo hicieron pensar en un dolor de estas características: *“La cervicalgia simple suele localizarse en la parte paramedial posterior de la musculatura cervical, irradiándose hacia el occipucio, hombro y/o la región periescapular. Los pacientes suelen referir rigidez, siendo frecuentes las cefaleas. También puede haber zonas localizadas de dolor en el músculo. Todo ello coincide con la clínica referida en la historia clínica”* y en cuanto a su manejo, las pruebas diagnósticas y el tratamiento, la Inspección indica: *“Para el diagnóstico de la cervicalgia es preciso realizar anamnesis y una correcta exploración física quedando pruebas complementarias reservadas a aquellas cervicalgias con antecedente de traumatismo o dolor inflamatorio, mayores de cincuenta años con nueva sintomatología, síndrome constitucional, dolor de más de seis semanas de evolución, hallazgos neurológicos, riesgo de infección (inmunocomprometidos o abuso de drogas) y pacientes con neoplasias. Para los dolores moderados está indicado el tratamiento analgésico con paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos”*. Por lo tanto, no era preciso realizar pruebas de imagen en el momento de acudir a urgencias y el tratamiento propuesto era el que se indica en la

bibliografía consultada. Además, en el caso particular de la paciente, teniendo en cuenta el antecedente de la bacteriemia, se tuvo en consideración que la paciente tenía cita en consultas externas cuatro días después de esa visita a urgencias y, dado que no presentaba datos de infección activa, tenía buen estado general y el dolor no tenía características inflamatorias, la Inspección considera correcta la actitud diagnóstico-terapéutica adoptada.

El día 22 de mayo de 2018, según describe la historia clínica, la menor acudió nuevamente a urgencias, requerida ante la circunstancia de que el hemocultivo extraído el día 13 de mayo era positivo a *Staphylococcus aureus*, por lo que para valorar la realidad del resultado y descartar la eventual contaminación de la muestra, se extrajeron nuevos hemocultivos ese mismo día. Además de los nuevos cultivos, ese día se realizó una nueva exploración física de la menor, una radiografía de la rodilla de la niña, que no detectó alteraciones y se le efectuó otra analítica, que resultó positiva para IgM de citomegalovirus.

Respondiendo a tales evidencias se dio el alta a la paciente con el diagnóstico de *“síndrome febril prolongado con aislamiento de S. aureus (podría tratarse de un contaminante)”* y *“Probable mononucleosis infecciosa por citomegalovirus”*. También se les indicó a los padres de la menor que les llamarían por teléfono en tres días, para el control de los nuevos hemocultivos y se programó una cita en la consulta de Enfermedades Infecciosas en 1 mes. El hemocultivo realizado el 22 de mayo fue informado como *“estéril a los 5 días de incubación”*.

En cuanto a la determinación de si fue correcto el manejo de estudio del hemocultivo del día 13 de mayo, el informe de Inspección destaca las diferencias entre las recomendaciones que se dan en el caso de pacientes pediátricos y adultos: *“Los protocolos en adultos recomiendan la realización de varios hemocultivos, extraídos de diferentes zonas anatómicas, en el mismo acto diagnóstico, lo cual facilita*

*la interpretación de los mismos, ya que si el germen crece en varios de los hemocultivos probablemente se tratará de una verdadera bacteriemia y si solo crece en uno resultando el resto estériles, se puede interpretar como un contaminante. Como hemos visto, en pediatría no se recomienda la realización de varios hemocultivos por lo que se pierde esta herramienta de discriminación de resultados. Además la paciente presentaba una serología compatible con infección por citomegalovirus, en un contexto clínico compatible con un cuadro de Mononucleosis”. A partir de lo indicado, se concluye que también esta asistencia fue correcta y completa y que el juicio clínico de “posible mononucleosis”, se ajustaba a los resultados obtenidos y a los protocolos de actuación. Aun así, se destaca que, para la confirmación de tal extremo, se repitió el hemocultivo resultando este negativo.*

El día 2 de junio de 2018, según se dijo, la paciente acudió de nuevo a Urgencias por cervicalgia intensa y tras ser valorada por Pediatría y Traumatología y realizarle una radiografía, finalmente ingresa en el Servicio de Traumatología para descartar “síndrome de Grisel”.

El Síndrome de Grisel es una luxación rotatoria atlantoaxoidea no traumática. Es una situación rara propia de la infancia y la adolescencia, asociado a cirugías o a infecciones respiratoria y que cursa como cervicalgia intensa asociada a espasmo de los músculos del cuello. El diagnóstico se realiza mediante TAC y el tratamiento es la inmovilización mediante tracción, fisioterapia y analgesia. Toda esta sintomatología asociada era compatible con la sintomatología de la paciente y fue concordante con la actitud inicialmente adoptada en el ingreso, aunque el TAC y la RM practicadas en lugar de confirmar esa dolencia pusieron de manifiesto una osteomielitis subaguda del cuerpo vertebral de interés con componente de partes blandas, que había pasado desapercibida hasta ese momento.

Con toda diligencia, una vez detectada la osteomielitis se solicitó valoración por Cardiología, que realizó ecografía cardiaca descartando datos de endocarditis y se pautó tratamiento antibiótico para la osteomielitis vertebral, retirándose la tracción cervical, con mejoría progresiva clínica y analítica. Desde el momento del diagnóstico queda reflejado que la paciente siguió un tratamiento antibiótico prolongado hasta la resolución del proceso infeccioso, que se confirma con las debidas pruebas diagnósticas (RMN y analíticas) y que mantuvo un seguimiento estrecho en consultas de Traumatología, Enfermedades Infecciosas, Unidad del Dolor, Rehabilitación y en Salud Mental.

En cuanto a la dificultad del diagnóstico de la osteomielitis vertebral, el informe indica que es una patología de muy difícil constatación inicial y que normalmente tarda en diagnosticarse entre 7 u 8 semanas- más de lo que ocurrió en este caso-. Así indica: *“En cuanto a la osteomielitis vertebral, como se ha evidenciado en la bibliografía consultada, es rara en la infancia y supone únicamente entre 2% y 7% de todas las formas de osteomielitis. Presenta una clínica soterrada, que lleva a una importante demora diagnóstica. Los microorganismos pueden invadir el tejido vertebral por diseminación hematológica, inoculación directa extensión desde un foco contiguo. El Staphylococcus aureus es el principal agente etiológico de la osteomielitis vertebral piogénico (45 % de los casos).*

*Clínicamente existe dolor focal raquídeo de tipo inflamatorio (90% de casos), fiebre (52%-80% de ocasiones), síntomas constitucionales (60%), deformidad raquídea (5%-10%) y déficits neurológicos (30% y 60%). La demora diagnóstica ha sido tradicionalmente de 7-8 semanas”.*

Finalmente y en cuanto al pronóstico, señala que la literatura científica describe que, en el caso de la osteomielitis, quedan secuelas entre el 7% y el 50% de casos y las más frecuentes son el dolor local o radicular, paraparesia, vejiga neurógena y trastornos de los reflejos en

miembros inferiores. El dolor raquídeo mejora habitualmente con el tratamiento y suele desaparecer cuando se produce la fusión ósea. La tasa de dolor persistente es muy variable, oscilando entre 8% y 86%. Se ha comprobado que la calidad de vida tras el tratamiento, analizada mediante el cuestionario es menor en los pacientes que han sufrido una osteomielitis vertebral que en la población normal y mejor en los pacientes tratados quirúrgicamente. Por lo tanto es razonable pensar, que las molestias padecidas por la paciente así como la lenta recuperación constituyen una evolución habitual en el proceso padecido.

En definitiva, se establece que la indicación de las técnicas diagnósticas pertinentes en cada momento y los tratamientos recibidos, se realizaron de acuerdo a la evolución y presentación de la sintomatología de la paciente y sin contradicción con lo descrito en la literatura especializada, por lo que, no habiéndose demostrado una mala praxis, no puede declararse por este motivo la responsabilidad de la administración sanitaria madrileña, al no concurrir los preceptivos requisitos al efecto.

Como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 87/20, de 27 de febrero y 171/19, de 22 de abril, es evidente que el diagnóstico clínico se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final. En este sentido, como destacan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (r. 75/2017) y de 31 de enero de 2019 (r. 815/2016): *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se*

*trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno. El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica. Ahora bien, no todo error de diagnóstico da lugar a responsabilidad y ha de insistirse en que, para que ello suceda, es necesario que como consecuencia del error no se haya procurado al paciente la asistencia sanitaria exigible”.*

A la vista de todo lo expuesto, se hace patente que la dinámica asistencial que tuvo lugar en cada momento fue la correcta, por lo que no consta que se haya privado a la menor de los medios o procedimientos diagnósticos adecuados a su situación clínica, en ninguna de las asistencias que recibió, no considerándose por tanto que se haya producido ningún tipo de retraso diagnóstico, por lo que se concluye que todas las asistencias dispensadas resultaron adecuadas a la *lex artis ad hoc*.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria cuestionada.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 23 de marzo de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 144/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid