

Expediente Núm. 10/2011
Dictamen Núm. 225/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 16 de junio de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 4 de enero de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 11 de diciembre de 2009, la perjudicada presenta en el registro de la Oficina de Empleo de Valladolid (IV) San Pablo de la Junta de Castilla y León una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a “la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias”, por daños atribuidos al déficit asistencial y de información válida por parte del servicio de público de salud del Principado de Asturias.

La reclamante expone que el día 12 de noviembre de 2006 acude al Hospital "X", "aquejada de un fuerte dolor en el codo derecho" con el que impactó contra el suelo como consecuencia de una caída. Allí, tras practicársele "Rx de codo", le diagnostican "una fractura bifocal del olécranon del cúbito derecho", le colocan una escayola y la remiten al Servicio de Traumatología del Hospital "Y", su centro de referencia, en el que permanece ingresada hasta el día 14 de noviembre, "con la recomendación de llevar el brazo elevado y mover con frecuencia los dedos", pautándosele control ambulatorio en las consultas externas de ese Servicio. Indica que llevó el codo inmovilizado hasta el día 12 de enero de 2007, fecha en la que se le retiró la escayola y en la que fue remitida al Servicio de Rehabilitación por el traumatólogo que la asistió, al que, en revisiones posteriores, "siempre referí una mala evolución de la lesión del codo. Presentaba rigidez de la articulación, debilidad y pérdida de fuerzas en los dedos de la mano derecha, con dolor y edema generalizado en toda la mano. Además, el dedo 5.º de la mano estaba torcido. El aspecto era de mano en garra", pero "nunca fueron atendidas mis quejas adecuadamente por el traumatólogo". Por ello, "el día 19 de febrero de 2007, acudí a consulta con un traumatólogo privado (...), quien me recomendó realizar un electromiograma para descartar afectación del nervio cubital y resonancia magnética del codo derecho para estudiar el cartílago articular". El día 9 de marzo de 2007, la paciente acude a su traumatólogo de cupo con el informe del especialista privado y el resultado de la prueba practicada, y tras realizarle "Rx de mano y codo derechos", fue diagnosticada de "síndrome algodistrófico hombro-mano", proponiéndole "tratamiento quirúrgico, aunque con escasas esperanzas de mejoría del cuadro", más bien -dice- le "habló de un posible empeoramiento del mismo con la cirugía", siendo esa "toda la información que recibí" por su parte, pues ni siquiera le pautó otro tratamiento alternativo ni farmacológico para paliar sus dolores, ni le expuso "los detalles de la técnica quirúrgica a emplear, así como sus riesgos y complicaciones posibles", con especial atención a sus

circunstancias personales. Sostiene que no firmó "consentimiento informado alguno".

Continúa relatando que, "a pesar de las escasas garantías de mejoría, decidí someterme a cirugía en el Hospital "Z", donde "con el diagnóstico de consolidación viciosa de fractura de olécranon, rigidez de codo derecho y neuropatía cubital, el día 8 de mayo de 2007 fui sometida a intervención quirúrgica consistente en osteotomía de cuña del olécranon, estabilización con dos agujas de Kirschner y cerclaje con alambre; movilización pasiva y transposición subcutánea del nervio cubital". Le colocaron un yeso en extensión, luego sustituido por otro en flexión, le colocaron una férula dinámica para movilización pasiva en flexoextensión y fue dada de alta el 18 de mayo de 2007. Sin embargo, "durante el posoperatorio la sutura quirúrgica se abrió de forma brusca", problema que no fue solventado por los facultativos a pesar de acudir diariamente a las curas pautadas, "dejando que la herida se extendiera y profundizara en los tejidos, y dejando al descubierto los huesos del codo derecho. La herida tenía unas dimensiones de aproximadamente 12 x 2 cm".

Visto el estado del codo, que presentaba infección de herida y dehiscencia de bordes, se decidió intervenirla el 10 de julio de 2007, "procediendo a retirar el material de osteosíntesis colocado en la anterior intervención y realizando limpieza quirúrgica de la herida. Durante el acto quirúrgico pudo observarse una necrosis del tendón tricpital". Añade que "se tomaron muestras para cultivo, que resultaron positivos para *Enterobacter cloacae*" y se le pautó tratamiento antibiótico con Cripofloxacina, siendo "nuevamente intervenida el 24 de julio, ante la persistencia de la infección, realizándose desbridamiento de la herida quirúrgica, Friedrisch y resección de olécranon y del tendón del músculo tríceps, por estar totalmente desvitalizado". Tras esta última intervención, continuó con tratamiento antibiótico que tenía pautado por persistencia de la infección y se la remitió al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "X", para valorar posible reconstrucción de la herida, "al presentar pérdida de sustancia cutánea en el codo derecho con exposición ósea". Allí fue intervenida el 17 de agosto de 2007,

procediendo a "retirar restos óseos y tejidos desvitalizados del codo, cubriendo la zona con colgajo lateral de brazo a pedículo distal". La muestra para cultivo tomada dio "positivo a Staphylococcus aureus meticilin resistente", por lo que suspendió el tratamiento antibiótico anterior y se instauró tratamiento con Vancomicina intravenoso durante dos semanas. A pesar de ello, el 29 de agosto de 2007 "se produjo necrosis de la zona donante del injerto, por lo que decidieron realizar nuevo desbridamiento quirúrgico de la herida y nueva cobertura con injerto tomado del mismo brazo". Finalmente, la infección remitió totalmente, el injerto prendió satisfactoriamente y fue dada de alta el 4 de septiembre de 2007, citándosela para revisión el día 19 de ese mismo mes y con la recomendación de revisiones periódicas en el Hospital "Z".

Indica a continuación que, preocupada por la falta de sensibilidad y flexión de la mano derecha, además de las revisiones en la medicina pública, acudió el 17 de septiembre de 2007 a la consulta de Traumatología de una clínica privada de Madrid, donde le apreciaron "movilidad del codo derecho 95°-115°, pronación de 50° y supinación completa a falta de algunos pocos grados", "falta de flexo-extensión en la muñeca derecha", "mano en garra con atrofia; 4.º y 5.º dedo en garra, con discreta flexibilidad" y "cicatrices en cara posterior del codo propias de las intervenciones practicadas". Le realizaron electromiograma, informando de "neuropatía cubital derecha con ausencia de potenciales sensitivos y denervación aguda en el músculo", se le recomendó rehabilitación y se rechazó nuevo tratamiento quirúrgico. Idénticas recomendaciones le fueron realizadas en la consulta de Traumatología del Hospital "X".

Refiere que el día 21 de noviembre de 2007 comenzó el tratamiento rehabilitador, notando una discreta mejoría. El 10 de marzo de 2008 finalizó dicho tratamiento, "persistiendo importante debilidad en tríceps derecho, confirmándose que el tríceps no fue insertado distalmente tras la extirpación del olécranon". Por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología se descartó una nueva intervención, "dadas las nulas posibilidades de mejorar la estabilización en extensión del codo en la situación actual", por lo que, además,

consultó su situación con un traumatólogo privado, siendo su diagnóstico “rigidez postraumática de codo derecho con resección del olécranon”, “rigidez de muñeca derecha”, “recidiva de neuropatía cubital derecha, tanto motora como sensitiva”, “deformidad y rigidez de los dedos de la mano derecha” y “cicatriz hipertrófica en la cara posterior y lateral del codo derecho”. Este especialista, coincidiendo con lo expresado tanto por los servicios públicos de salud como por la clínica privada, descartó las posibilidades de tratamiento quirúrgico, recomendándole “recurrir a la fisioterapia como único medio alternativo”. Por todo ello, el 14 de mayo de 2008 inició tratamiento de rehabilitación, que culminó el 24 de julio siguiente, “presentando una mejoría parcial, aunque persistiendo las limitaciones derivadas del déficit de extensión del codo”.

No obstante lo anterior, la reclamante relata que, “como última alternativa”, consultó con un cirujano privado de Valencia, quien le propuso “intervención de reconstrucción del tendón tricipital con aloinjerto de tendón (de) Aquiles (tendón de banco), y ferulización posoperatoria”, siendo intervenida en su clínica el 6 de agosto de 2008. Con posterioridad, entre el 18 de septiembre de 2008 y el 6 de abril de 2009, realizó fisioterapia rehabilitadora en su hospital de referencia, y el 20 de agosto de 2009 se sometió a una “cirugía de reconstrucción microquirúrgica de cobertura”, que se practicó en la clínica privada de Valencia. Tras estas dos últimas intervenciones, su situación actual es la siguiente: “cicatrices posquirúrgicas absolutamente antiestéticas secundarias a las reintervenciones practicadas en mi brazo derecho (...); hipotrofia muscular del brazo y antebrazo de 3/5, con un perímetro de 9 cm del brazo derecho, en comparación al perímetro de brazo izquierdo de 21 cm (...); hiperalgesia en cara externa del brazo derecho y sensaciones disestésicas en el brazo (...); flexión dorsal y palmar de la muñeca del 50%. Dedos anular y meñique deformados en garra (...); no tengo flexibilidad ni agilidad en mi mano derecha (...); tríceps derecho nulo (...); pronosupinación del antebrazo de 0º (...); no puedo hacer pinza digital y carezco de fuerzas para la prehensión (...); trastorno de la sensibilidad epicrítica”.

Concreta, además, las consecuencias padecidas en el ámbito laboral, tales como: no haber podido acudir a un curso de formación como técnico de laboratorio al hallarse convaleciente del accidente; no poder presentarse, por idéntico motivo, a unas pruebas de selección para técnico de laboratorio convocadas por la Junta de Galicia; incapacidad permanente total para su profesión habitual como camarera, que no alcanzó igual resolución respecto a su actividad como administrativa, y la rescisión de su contrato con la policlínica en la que trabajaba como técnica de laboratorio, derivada de sus dificultades para manejar el ordenador y disminución de su rendimiento laboral, lo que evidencia su incapacidad para cualquier tipo de tarea que precise de una mínima destreza manual.

A causa de todo el proceso descrito, precisó también tratamiento psicológico, siendo derivada a la Unidad de Salud Mental del Hospital "Y", donde le diagnosticaron "trastorno de ansiedad fóbica y trastorno de adaptación a enfermedad somática", sin una buena respuesta al tratamiento farmacológico que en la actualidad mantiene. Acudió, asimismo, a terapia con un psicólogo privado, quien etiquetó su cuadro como "propio de un trastorno por estrés postraumático crónico, asociado a una depresión mayor grave sin síntomas psicóticos".

Por todo lo expuesto, considera evidente "la responsabilidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias", puesto que "las secuelas y lesiones físicas que actualmente padezco, son consecuencia directa de una actuación facultativa caracterizada por una absoluta falta de corrección científica", ya que "existió un defecto o mala praxis, que me ha llevado a una situación que me hacen tributaria de una incapacidad permanente residual, dada la gravedad y alcance de las mismas", a lo que hay que añadir "las alteraciones psíquicas que presento", que hacen necesario tratamiento y seguimiento por parte de un psiquiatra. Afirma que también existe responsabilidad de la administración sanitaria "en relación a la infección nosocomial contraída tras la primera intervención, ante la ausencia de adopción

de medidas profilácticas preventivas”, lo que contribuyó “al fracaso de las reintervenciones practicadas en mi codo”, y que careció de “información veraz, completa y personalizada respecto de la intervención” a la que fue sometida, sin que fueran contempladas “sus circunstancias y antecedentes personales en relación a los posibles riesgos y complicaciones que pudieran existir”, así como tampoco se le explicaron “alternativas terapéuticas posibles”.

Reclama por los daños y perjuicios sufridos una indemnización en cuantía de trescientos mil euros (300.000 €) e interesa, además, “el coste de por vida del tratamiento médico, farmacológico y rehabilitador que precise, así como, en su caso, (la) adquisición de medios mecánicos u ortopédicos que resultaren necesarios ante la grave limitación funcional que padezco”.

Adjunta copia de, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Área de Urgencias del Hospital “X”, relativo a la atención dispensada tras el accidente, de fecha 12 de noviembre de 2006. b) Informe de alta del Servicio de Traumatología y Ortopedia del hospital de referencia de la reclamante, de fecha 14 de noviembre de 2006. c) Informe de seguimiento emitido el 19 de febrero de 2007, por un facultativo privado, especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, acompañado de resultado de electromiografía practicada. d) Informe de Consultas, complementario al informe de ingreso, suscrito el 9 de marzo de 2007 por un traumatólogo del Hospital “Y”. e) Informes de 21 de mayo y 27 de julio de 2007, y documentación emitida por el Hospital “Z” en relación con las intervenciones quirúrgicas practicadas, el tratamiento prescrito y su seguimiento. f) Informe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital “X”, de fecha 4 de septiembre de 2007, de alta por mejoría, comprensivo de los procedimientos quirúrgicos realizados, acompañado de hojas de tratamiento y órdenes terapéuticas. g) Informe médico emitido con fecha 17 de septiembre de 2007 por el Servicio de Traumatología de una clínica privada, en el que se indica un diagnóstico de “secuelas de fractura de olécranon e infección de codo derecho” y se le recomienda “hacer rehabilitación para ganar toda la movilidad que pueda ir ganando (...). Mover, mover y mover, y ver cómo va evolucionando pues para

hacer algo hay tiempo y no es fácil por el acortamiento del tríceps". h) Órdenes de tratamiento del Servicio de Rehabilitación del Hospital "Y" e informe de alta, de 25 de marzo de 2008, suscrito por el médico rehabilitador. i) Informe médico privado emitido a solicitud de la interesada, con fecha 3 de marzo de 2008, por un especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, con objeto de valorar las lesiones del aparato locomotor y su repercusión funcional. j) Informe de alta del Servicio de Rehabilitación Domiciliaria, de 14 de julio de 2009, con la siguiente conclusión: "la paciente mejoró parcialmente a nivel de destreza aunque persistían limitaciones por su déficit para la extensión de codo". k) Hojas de consentimiento informado firmadas por la reclamante e informes médicos relativos a las intervenciones practicadas los días 6 de agosto de 2008 y 20 de agosto de 2009, en una clínica privada de Cirugía Reconstructiva de Valencia. l) Cuatro fotografías del brazo de la interesada. m) Informe del Centro de Salud Mental, relativo a la consulta de fecha 15 de junio de 2009, en el que consta que la paciente fue atendida en dicho centro "en los años 1991, 2002 y 2008", que resulta "afecta en este último periodo de sintomatología consistente en ansiedad, fobias, pesadillas y bajo estado de ánimo, relacionado con proceso traumatológico crónico que venía padeciendo" y que "ha recibido los diagnósticos de trastorno de ansiedad fóbica y trastorno de adaptación a enfermedad somática". n) Informe de 16 de septiembre de 2009, suscrito por un psicólogo clínico privado, descriptivo de los problemas emocionales y físicos que están mediatizando el desarrollo normal de la vida de la paciente, "a raíz de tener un accidente en el trabajo y, según refiere, sufrir las consecuencias de cierta negligencia médica que agravó aún más su situación", lo que permite concluir que "padecía un trastorno por estrés postraumático (...) crónico, asociado con una depresión mayor grave sin síntomas psicóticos". ñ) Diversa documentación relacionada con la situación profesional de la reclamante, entre la que destaca: certificación de 27 de septiembre de 2006, del Área de Formación de L.I.L.A. ASTURIAS, acreditando que la interesada, avisada para la realización de un curso del Plan FIP, no pudo llevarlo a cabo por hallarse

convaleciente de un accidente; certificación de la Dirección de Recursos Humanos del Servicio Gallego de Salud significando que no consta que la interesada, aspirante en el proceso selectivo “para la categoría de Técnico Especialista Laboratorio por el turno de discapacitado”, se presentase a los ejercicios de la fase de oposición el día 14 de abril de 2007; Resolución de la Dirección Provincial del INSS, de 21 de noviembre de 2008, por la que se declara la “incapacidad permanente total” de la afectada y el derecho a la percepción de pensión, “derivada de accidente de trabajo para su profesión habitual de camarera, si bien no alcanza un grado suficiente de incapacidad para su profesión de administrativo”, y comunicación de la empresa empleadora de rescisión del contrato de trabajo de la interesada, a partir del día 22 de enero de 2009, por las causas objetivas que en ella se detallan.

2. Mediante oficios de 15 de enero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) remite copia de la reclamación formulada a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) y designa a un Inspector de Prestaciones Sanitarias para elaborar el preceptivo informe técnico de evaluación.

3. Con fecha 18 de enero de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Hospital “Y”, copia de la historia clínica de la reclamante e informe del Servicio implicado en su proceso asistencial.

4. El día 26 de enero de 2010, el Jefe del Servicio instructor notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Con fecha 22 de enero de 2010, la Directora Médica del Hospital “Y” remite al Servicio instructor “la documentación clínica existente en este hospital en

relación con el episodio referido al Servicio de Traumatología de la paciente”, consistente en: a) Informe de alta de hospitalización de la lesionada, de la que consta que es “VIH positivo. VHC positivo”, de fecha 14 de marzo de 2006 tras ingreso por “fractura de olécranon cúbito derecho”. b) Informe de consultas de 9 de marzo de 2007, en el que se resume la evolución de la paciente, se citan las pruebas complementarias practicadas, se confirma el diagnóstico de rigidez de codo derecho con “arco útil de unos 30º”, síndrome neuroalgodistrófico de miembro superior derecho y neuropatía compresiva del nervio cubital a nivel del codo, y se señala que “el tratamiento de la rigidez del codo consistirá en la manipulación del mismo bajo anestesia y reinicio de rehabilitación. En el mismo acto quirúrgico se procedería a la liberación del n. cubital./ Este tratamiento quirúrgico, no obstante, podría empeorar el cuadro algodistrófico, lo cual debe ser conocido por la paciente./ Se cita a revisión el 21-3-07 para decidir tratamiento conjuntamente”. c) Resultado de la electromiografía realizada el 7 de marzo de 2007 en el que se concluye que “los datos sugieren una neuropatía del nervio cubital derecho en el codo”. d) Hoja de propuesta de canalización de pacientes a centros y servicios sanitarios distintos de los de la referencia, concretada en solicitud de consulta preferente de Cirugía Plástica en el Hospital “X”, por no disponer de ella en este centro.

6. Mediante oficio de 17 de febrero de 2010, el Jefe del Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital “X” remite al Servicio instructor parte de reclamación (seguro de responsabilidad sanitaria) trasladado a la correduría de seguros, así como historia clínica de la paciente obrante en ese centro, compuesta entre otros documentos por: a) Orden de ingreso urgente para intervención quirúrgica, solicitada el 26 de julio de 2007 por el Servicio de Cirugía Plástica. b) Hojas de consentimiento informado para anestesia general, rubricadas por la interesada, respectivamente, los días 16 y 28 de agosto de 2007. c) Informe de alta por mejoría, emitido por el Servicio de Cirugía Plástica el 4 de septiembre de 2007, tras el ingreso de la paciente, procedente del Hospital “Z”, para intervención

realizada el 17 de agosto de 2007, bajo anestesia general, y en la que se “procede a extirpación de restos óseos secuestrados y de tejidos desvitalizados, cubriendo el defecto con un colgajo lateral de brazo a pedículo distal, se deja redón./ En el posoperatorio inmediato se produce una pequeña necrosis de la zona donante, por lo que con fecha 29-08-07 se procede a desbridamiento y cobertura con un injerto tomado del mismo brazo”. Se añade que “durante su ingreso es vista por el Servicio de Infecciosas quien pautó el tratamiento antibiótico adecuado” y que “evoluciona favorablemente, prendiendo el injerto en su totalidad”. d) Informe de consultas externas de Traumatología, de 27 de septiembre de 2007, a la que fue remitida “para valoración de (tratamiento) de secuelas de codo D en donde tuvo una fractura de olécranon que evolucionó mal”, indica que “en la actualidad” tiene el codo con “superficie cutánea completa y en buen estado (...). Limitación de la movilidad por falta de rehabilitación. Ha estado con yeso hasta hace 1 semana (...). Rx articulación perfecta salvo pérdida de olécranon./ Se le aconseja no tocar más quirúrgicamente y centrarse en la rehabilitación”.

7. El día 4 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio del Área de Reclamaciones del Sespa remite informe emitido por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital “X”. En él se refiere que la paciente, con un diagnóstico principal de “pérdida de sustancia en codo derecho”, “fue tratada correctamente y con un resultado favorable por este Servicio de C. Plástica, no existiendo en el tratamiento que se le realizó ningún defecto o mala praxis achacable a este Servicio, habiéndose tratado con las técnicas adecuadas y con las normas que exige la lex artis y profesional”.

8. Con fecha 15 de marzo de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Hospital “Z” que remita una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, un informe del Servicio de Traumatología sobre el concreto contenido de la reclamación presentada, así como que se recabe

informe del Servicio de Medicina Preventiva al haber sufrido la paciente una infección en el posoperatorio por diversos gérmenes, “tanto sobre el caso concreto como sobre la situación del centro en general en caso de que pudiera tratarse de una infección nosocomial”.

Asimismo, con idéntica fecha, reitera la petición de informe del Servicio de Traumatología del Hospital “Y”.

9. El día 31 de marzo de 2010, la Directora de Gestión y SS. GG. del Hospital “Z” remite copia del historial de la paciente obrante en ese centro, comprensivo de los diversos estudios preoperatorios, hojas de consentimiento informado para actuaciones quirúrgicas rubricadas por la reclamante e informes relativos a las intervenciones practicadas. Se remite, igualmente, informe del Servicio de Traumatología de fecha 29 de marzo de 2010, en relación con el proceso de referencia. En él se detalla que la paciente ingresa en ese Servicio el día 7 de mayo de 2007, “afecta de consolidación viciosa de fractura de olécranon, rigidez de codo y neuropatía cubital, secuela de accidente sufrido el 12-11-06 y tratado en otros centros./ En nuestro Servicio se le practica bajo anestesia general osteotomía del olécranon, movilización pasiva y transposición del cubital, iniciando movilizaciones en flexión y extensión. Es dada de alta el 18-5-07, pasando a control de consultas externas./ El 9-7-07 se reingresa tras sufrir infección de la herida quirúrgica y dehiscencia de los bordes. Se le practica retirada del material de osteosíntesis, limpieza de la herida y exéresis de los fragmentos necrosados, entre los que se encuentra una porción del tendón del tríceps. Posteriormente fue remitida al S. de Cirugía Plástica para valoración y cobertura del déficit cutáneo”. Por todo ello consideran que “la actuación de este Servicio ha sido la correcta, ya que la paciente había sido intervenida anteriormente y los riesgos de un mal resultado se le habían comunicado. En todo momento la paciente ha sido tratada correctamente, aunque el resultado no haya sido el esperado”. Piensan que no existió mala praxis en su actuación y comprenden y lamentan “la situación física y psíquica que sufre la paciente”.

10. Con fecha 6 de abril de 2010, el Subdirector Médico del Hospital “Y” remite al Servicio instructor el informe clínico emitido el día 29 de marzo de 2010 por el Jefe del Servicio de Traumatología de ese centro que refiere, en cuanto a la atención prestada a la reclamante, que fue ingresada en dicho Servicio “el día 13-11-06 presentando una fractura de olécranon derecho. Se recomendó tratamiento quirúrgico que estaba previsto realizar el día 21-11-06, desistiendo la paciente del mismo. Fue revisada en la consulta externa después de colocar inmovilización que se retiró el día 12-01-07, solicitándose consulta al S. de Rehabilitación./ Vista la paciente de nuevo en consultas externas el 9-03-07, se aprecia una evolución tórpida de su lesión con rigidez de codo derecho y neuropatía compresiva del nervio cubital. A la paciente se le recomendó nuevamente intervención quirúrgica y el día 14-03-07 acudió solicitando ser intervenida por el S. de Cirugía Plástica del Hospital “X”, realizándose propuesta de canalización el día 19-03-07./ No se tiene ninguna referencia en cuanto a la evolución de la paciente en el S. de Traumatología desde la fecha referida”.

11. Mediante escrito de fecha 20 de abril de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias reitera la petición dirigida a la Gerencia del Hospital “Z” a fin de que remita un informe del Servicio de Medicina Preventiva al haber sufrido la paciente una infección en el posoperatorio por diversos gérmenes, “tanto sobre el caso concreto como sobre la situación del centro en general en caso de que pudiera tratarse de una infección nosocomial”.

Dicho informe es remitido con fecha 10 de mayo de 2010 y en él se detallan algunos datos relevantes en la monitorización de la infección nosocomial en ese hospital, así como la prevención de la infección llevada a cabo con la paciente afirmando que en la historia clínica se registró la administración de la profilaxis antibiótica establecida tanto en la hoja de órdenes médicas como en la hoja terapéutica, siguiendo las recomendaciones y procedimientos establecidos por la Comisión de Infecciones del hospital”, añade que “el 6 de junio se detecta

dehiscencia de la herida con exposición de agujas. Los cultivos informados el 13 y 18 de julio detectan la presencia de infección por *Enterobacter cloacae*. El 13 de julio se reciben los resultados del cultivo y según antibiograma, el germen muestra sensibilidad a Ciprofloxacina que es pautaada este mismo día” y concluye que el hospital “dispone de un sistema eficaz de vigilancia y control de la infección nosocomial, y consideramos que si bien no existe nunca un riesgo 0, en nuestros quirófanos se cumplen las normas de higiene y control de las infecciones nosocomiales, de acuerdo a las recomendaciones más exigentes en la actualidad en los países más desarrollados”.

12. Con fecha 2 de junio de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y, en cuanto a su valoración, señala que la reclamación “se centra básicamente en dos cuestiones: una asistencia inadecuada en un primer lugar por parte del Servicio de Traumatología” al que acude, y “una infección nosocomial tras la cirugía realizada” en otro hospital de la red pública del Principado de Asturias.

Con relación al primero de los reproches, señala el Inspector que “el tratamiento de este tipo de fractura es siempre quirúrgico, y lo más precoz posible” y que “precisamente ese fue el tratamiento que se le propuso por el Servicio de Traumatología (...) programando la intervención quirúrgica para el día 21 de noviembre de 2006 y si esta no se realizó fue precisamente porque ella se negó. Ante la negativa de la paciente a ser intervenida se optó por tratamiento conservador”, y así se recoge en el Curso Clínico: “la paciente no está muy decidida a operarse”; “dado que la paciente insiste en no operarse” se la cita en radiología para valorar el tratamiento definitivo.

Por lo que hace referencia a la infección nosocomial, señala el informe que “la transmisión de infecciones es una función multifactorial que depende de numerosos elementos tales como el propio paciente: edad, situación nutricional, inmunodepresión, tratamientos inmunosupresores, diabetes, obesidad,

enfermedades crónicas graves, etc. (...). Se puede considerar que esta paciente concreta era susceptible a la infección en función de su situación previa de salud (HIV y Hepatitis C)". En cualquier caso, señala el autor del informe, "la duración de la intervención (...) fue de 125 minutos (...) estando dentro de los parámetros internacionalmente aceptados". Además, consta en la historia la administración de "profilaxis antibiótica (...) 30 minutos antes de la intervención", de acuerdo con el protocolo. Y por último, señala que el hospital realiza "periódicamente controles ambientales físicos y microbiológicos, sin que se objetivasen parámetros anómalos en el periodo de estudio", disponiendo el hospital "de un sistema eficaz de vigilancia y control de la enfermedad nosocomial", que si bien no garantiza el "riesgo 0, en sus quirófanos se cumplen las normas de higiene y control de las infecciones nosocomiales de acuerdo a las recomendaciones más exigentes en la actualidad en los países más desarrollados".

Concluye señalando que la actuación médica dispensada a la paciente "fue conforme a la lex artis, tanto en cuanto a la intervención en sí misma, como a la política de profilaxis de infección nosocomial", por lo que a su juicio la reclamación interpuesta debe ser desestimada "ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis".

13. Mediante escritos de 17 de junio de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa y del expediente completo a la correduría de seguros.

14. Previa petición del Servicio Jurídico del Sespa, con fecha 23 de septiembre de 2010, el Jefe del Servicio instructor traslada copia del expediente de responsabilidad patrimonial de referencia para su remisión al Tribunal Superior de Justicia de Asturias.

15. Con fecha 28 de septiembre de 2010, una asesoría privada, a instancias de la entidad aseguradora, emite informe suscrito colegiadamente por dos facultativos especialistas en Traumatología y Cirugía Ortopédica y un tercero especialista en Traumatología y Ortopedia. En él, concluyen que en el caso de la paciente “se trata de secuelas postinfecciosas de una fractura de olécranon, tras una cirugía correctora de consolidación viciosa por negativa de la paciente al tratamiento quirúrgico propuesto en el momento de producción de la lesión./ El déficit funcional se debe a la necrosis tisular ósea y tendinosa debida a un cuadro séptico local en una paciente con infección por VIH y Virus C, enfermedades generadoras de inmunodepresión y a la presencia de un germen de gran agresividad local y general y de difícil terapéutica. Se confirma documentalmente que las medidas profilácticas en cuanto a antibioterápica preoperatorio, limpieza de quirófanos, procedimientos de esterilización de instrumental, técnica quirúrgica y duración de la intervención se ajustan a los estándares internacionales. Del mismo modo confirmamos documentalmente que la paciente fue informada de las alternativas de tratamiento y riesgos de la cirugía incluidos los personalizados por su patología previa de infección por VIH y Virus C”. Tras analizar la documentación que integra el procedimiento, aseveran “que la conducta profesional de los médicos responsables de la paciente se ajustan perfectamente a la lex artis ad hoc, no encontrando signos de desidia o abandono en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta paciente”.

16. Con fecha 18 de octubre de 2010, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento. Esta comparece el día 27 del mismo mes y se le hace entrega de una copia del expediente.

Con fecha 8 de noviembre de 2010, quien acredita ser el representante de la perjudicada mediante poder notarial otorgado al efecto, presenta en el registro de la Oficina de Empleo de Valladolid (IV) San Pablo de la Junta de

Castilla y León, un escrito de alegaciones en el que, fundamentalmente, discute que a su representada se le hubiera propuesto opción quirúrgica alguna sobre el codo tras el ingreso en su hospital de referencia, y que esta la rechazara. Aclara que en el informe de alta emitido el 14 de noviembre de 2006, “nada se dice sobre intervención programada para el día 21 de noviembre, ni que recibiera instrucciones de ingreso para cirugía el día 17 de noviembre”, pues lo que allí se indica es que esta consulta “es para ‘revisión’ con el Servicio de Traumatología en consultas externas”. Señala que tampoco consta esa opción en el apunte realizado en las “hojas de evolución correspondiente al día 13 de noviembre” (“folio 130”), pero, “sorprendentemente”, en “el folio 131” del expediente, “correspondiente a las anotaciones del día 14 de noviembre, en que la paciente fue dada de alta, aparecen anotaciones sobre una intervención programada para el martes día 21 de noviembre, y reingreso el día anterior”, y de dichas anotaciones manuscritas “desconocemos quién las efectúa y en qué momento. Motivo por el que negamos su autenticidad”. Asimismo, resalta que “no consta documento de consentimiento informado para tal intervención, ni tampoco consentimiento del servicio de anestesia”, que sí figuran para las operaciones posteriores que se le realizaron. Considera que “lo normal” sería que figurase idéntico documento en el caso de que se le hubiera propuesto la cirugía donde constase la negativa de la paciente a someterse a ella. Seguidamente, afirma que “existió un error diagnóstico, pues no era una simple fractura de olécranon” lo que sufrió su representada, sino “que se veían afectadas otras estructuras colindantes, lo que igualmente pasó inadvertido inicialmente” e hizo que se le prescribiera “inmovilización, que se alargó por periodo de 2 meses, lo que condujo a una mala consolidación de la fractura”, cuando “el tratamiento de este tipo de fractura bifocal (...) es siempre quirúrgico y lo más precoz posible”. Sostiene también que la intervención para la liberación del nervio cubital llevada a cabo en el Hospital “Z”, “tampoco fue correctamente practicada” y tal es así que tienen que reintervenirla “para retirar todo el material de osteosíntesis colocado” y realizar una limpieza profunda de la herida quirúrgica ante la

infección que presentaba como “consecuencia de la falta de adopción de medidas profilácticas de prevención previas” a la operación. Tras lo expuesto, reitera lo ya manifestado por la reclamante en su escrito inicial, y afirma que nos hallamos “ante un funcionamiento anormal del servicio público de salud”, puesto que “la atención dispensada a la paciente se caracterizó por un cúmulo de despropósitos”, teniendo esta que “recabar ser atendida por diferentes profesionales, incluso acudiendo a la medicina privada, en aras de encontrar una solución a sus problemas”.

17. Con fecha 29 de noviembre de 2010, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los señalados en el informe técnico de evaluación y aclarando, en cuanto a las alegaciones formuladas por el representante de la interesada por las que “pretende invalidar las anotaciones de la historia exigiendo la firma de un documento de negativa de la paciente a ser intervenida”, que en “el único supuesto en el que habitualmente se exige la firma del paciente y la constancia escrita de la negativa al tratamiento” es en el documento de alta voluntaria.

18. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de enero de 2011, registrado de entrada el día 11 del mismo mes, 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 y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 11 de diciembre de 2009, y si bien es cierto que la interesada acude a una clínica privada después de un alta en el servicio de rehabilitación de la sanidad pública, en julio de 2008, lo que en principio podría decantarnos a considerar que la reclamación se encuentra prescrita, lo cierto es que la tórpida evolución de su proceso patológico le ocasionó un agravamiento de los procesos previos de “ansiedad, fobias, pesadillas y bajo estado de ánimo”, directamente

relacionados con el “proceso traumatológico crónico que venía padeciendo”, según informa el Centro de Salud Mental al que acude el día 15 de junio de 2009 (folio 114). A la vista de ello, consideramos que el *dies a quo* del cómputo del plazo de prescripción coincide con última fecha de alta en el servicio de rehabilitación, el día 6 de abril de 2009, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

A la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Por último, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste

formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de estarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

SIXTA.- La reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de un error diagnóstico de la dolencia que padecía inicialmente en su codo derecho -tras un accidente laboral-, lo que conllevó una intervención quirúrgica tardía, lo que a su vez generó, junto a una “infección nosocomial”, la necesidad de llevar a cabo diversas reintervenciones en distintos centros hospitalarios públicos y privados.

Los daños por los que reclama la perjudicada, y sobre los que realiza la correspondiente evaluación económica conjunta, son los correspondientes a “los padecimientos físicos y psíquicos” sufridos, el “daño moral causado”, el “coste de por vida del tratamiento médico, farmacológico y rehabilitador que precise”, así como por “la adquisición de medios mecánicos u ortopédicos que resulten necesarios” y por “los daños y secuelas resultantes” que le han llevado a su situación de “incapacidad permanente residual”.

Por lo que a la efectividad del daño alegado se refiere, las intervenciones quirúrgicas, las estancias hospitalarias, la declaración de incapacidad permanente total para su profesión y las secuelas, se encuentran acreditadas en

el expediente, por lo que debemos considerar que la reclamante ha probado la existencia de un daño efectivo cuya evaluación más precisa realizaremos, en su caso, si concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y evaluable económicamente, surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

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

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de

sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña per se una vulneración de la *lex artis*.

La perjudicada reprocha al servicio público sanitario, en primer término, un "error diagnóstico inicial", ya que "no solo se fracturó el olécranon", ya que se trataba de una "fractura bifocal" que "pasó inadvertido para los facultativos que inicialmente" la atendieron, por lo que a pesar de que la "solución era desde el primer momento quirúrgica" se "prescribió (...) inmovilización", lo que condujo a "una mala consolidación de la fractura", iniciando tras la retirada de la escayola un período de rehabilitación lo que hizo que "aumentara la rigidez del codo y la distrofia de la extremidad", todo ello con apoyo, según la reclamante, en el informe de un traumatólogo privado que aporta, de fecha 15 de marzo de 2007, en el que se "aconsejó la liberación inmediata de la articulación". Añade que "careció de información veraz (...) respecto de la intervención".

A las consideraciones anteriores se contrapone el informe elaborado por el servicio responsable de la asistencia prestada a la perjudicada -el Jefe del Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital "Y"-, en el que de manera concluyente señala que "se recomendó tratamiento quirúrgico, que estaba previsto realizar el día 21-11-06, desistiendo la paciente del mismo", afirmación que coincide con lo registrado en la Hoja de curso clínico correspondiente al día 14 de noviembre de 2006: "Afebril (...). Se opera el martes 21-11-06. Alta con ingreso el lunes./ No muy decidida a operarse./ Dejamos pedida Rx control el lunes al ingreso (...). Dado que la paciente insiste en no operarse, citamos el viernes (...) para Rx y valorar tto. definitivo". En el mismo sentido se manifiesta el informe técnico de evaluación, que afirma que la intervención quirúrgica no se realizó "porque ella se negó", teniendo que acudir a un "tratamiento conservador", si bien añade que la fractura evolucionó de "forma tórpida con rigidez en el codo (...) y neuropatía comprensiva del nervio cubital", lo que es avalado igualmente en el informe de la asesoría privada, emitido a instancia de la entidad aseguradora, que concluye que "fue la propia paciente la que evitó el correcto tratamiento de su lesión con su negativa", añadiendo que la "lesión del nervio cubital no se produjo en el momento de la fractura, sino que es una patología sobrevenida por la deformidad olecraniana durante la consolidación de la fractura", como demuestra "la electromiografía realizada 4 meses después del traumatismo inicial", de manera que "tras la consolidación de la fractura se prescribió correctamente tratamiento rehabilitador", y ante la "aparición de signos de atropamiento cubital, se indicó correctamente la realización de una transposición subcutánea del nervio cubital, así como liberación articular del codo".

Pese a que la reclamante basa parte de sus alegaciones en un informe de un traumatólogo privado, dicho especialista tan solo afirma que "se trata de secuelas de una fractura de codo derecho con afectación del nervio cubital", por lo que propone que con "cierta rapidez" se lleve a cabo "cirugía de liberación del n. cubital", dada "la importante afectación" del citado nervio "en relativamente

poco tiempo de evolución” -sin concretar desde cuándo está afectado- para “evitar el deterioro progresivo” del mismo, apreciaciones que en nada se contradicen con lo manifestado por los profesionales de la sanidad pública; es más, el informe técnico de evaluación concluye que se le “indicó que el tratamiento de la rigidez del codo era quirúrgico y en el mismo acto se deberá proceder a la liberación del nervio cubital”. La adecuación a la *lex artis ad hoc* del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico pautado en el Hospital “Y” viene avalada igualmente por el informe de la asesoría privada, suscrito de manera colegiada por tres especialistas, quienes subrayan que fue correctamente diagnosticada y que “la paciente rechazó la intervención quirúrgica”, por lo tanto “no hay error terapéutico o mala praxis por parte de los médicos” de dicho hospital.

La reclamante también imputa a la administración “la mala praxis médica relativa a la intervención quirúrgica practicada y reintervenciones sucesivas”. Indica en sus alegaciones que la liberación del nervio cubital tuvo lugar el “día 8 de mayo en el Hospital “Z” sin que dicha intervención fuese “correctamente practicada, siendo la estabilización muy precaria”, y sin que se adoptaran “medidas profilácticas de prevención previas a la intervención”, añadiendo que el “estafilococo es una infección típicamente nosocomial, que se adquiere en el ámbito hospitalario”. Afirmo que, por todo ello, tuvo que ser reintervenida los días 10 y 24 de julio de 2007, y que en esta última ocasión, señala, se “quedó sin insertar el triceps”, lo que según la reclamante “se confirma por el informe (...) (del) Médico Rehabilitador del Hospital “Y” (...) de fecha 25 de marzo de 2008”, cuando “sospechó que el músculo triceps no fue correctamente reinsertado al realizar extirpación del olécranon”; además, añade que la “infección de la herida quirúrgica” pasó “inadvertida para los facultativos que le atendían” y que no fueron contempladas “sus circunstancias y antecedentes personales en relación a los posibles riesgos y complicaciones”.

Sin embargo, comprobamos al respecto en la historia clínica que desde el comienzo de la atención médica siempre se tuvieron en cuenta los antecedentes

de la paciente, pautándose tratamiento con antirretrovirales; así, en la hoja de valoración de enfermería del Hospital "Z", correspondiente al día 7 de mayo de 2007 -día de ingreso- se detalla "VIH (+) y VHC (+)", al igual que consta en la hoja de observación de enfermería de quirófano de dicho centro, de fecha 14 de mayo, para la intervención programada -cambio escayola-, o en los consentimientos firmados por la paciente para la realización de anestesia locoregional y general.

Con relación a la aparición de infecciones, el informe del Servicio de Traumatología del citado hospital indica que tras la toma de cultivos se observa que "crece un *Enterobacter cloacae*" por lo que se inicia un "tratamiento (...) desde el día 13-7-07", pero que ante la "persistencia de la infección se reinterviene", lo que corrobora el informe técnico de evaluación al señalar que la intervención del día 10 de julio fue debida a "la infección de la herida", observándose "necrosis de tendón tricipital", añadiendo que la reintervención del día 24 del mismo mes se llevó a cabo "ante la persistencia de la infección", si bien se señala que la "infección nosocomial adquirida en el Hospital "Z" depende de numerosos elementos, citando entre otros la situación en la que se encontraba la paciente -inmunodepresión, tratamientos inmunosupresores- por lo que "era susceptible a la infección en función de su situación previa (HIV y Hepatitis C)". Hemos de señalar que, a diferencia de lo que afirma la reclamante, en las observaciones de enfermería del día 8 de mayo de 2007 -a las 10:30 horas- consta "profilaxis antibiótica", lo que se confirma en el informe técnico de evaluación cuando señala que la administración de dicha profilaxis se hizo siguiendo "las recomendaciones y procedimientos establecidos por la Comisión de Infecciones del hospital en cuanto a antibiótico recomendado (...) 30 minutos antes de la intervención". Por su parte, el informe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública de dicho hospital señala que en los quirófanos del centro "se realiza una limpieza normalizada, según estándares internacionales, realizándose periódicamente controles ambientales físicos y microbiológicos, sin que se objetivasen parámetros anómalos en el periodo de estudio./ La

preparación del material quirúrgico se realizó los días anteriores a la intervención. Los controles del material quirúrgico realizado los días 4 al 8 de mayo de 2007, demostraron que durante el proceso de esterilización no hubo ningún procedimiento anómalo que alterase dicha esterilización". En sentido similar, el informe de los especialistas privados indica que la infección "no se consiguió atajar" a pesar "del correcto proceder terapéutico", circunstancia "no infrecuente en las infecciones causadas" por este germen "en pacientes de especial riesgo como son los enfermos de HIV", por lo que se optó por "la extirpación de fragmentos óseos", indicando que "en el protocolo de intervención no está recogido el posible intento de reanclaje tricéfal", y que a diferencia de lo manifestado por la interesada respecto a la realización de una incorrecta técnica de la osteosíntesis empleada, por precaria, los especialistas afirman en su informe que el "cerclaje funcional es una de las técnicas de elección en la síntesis de las fracturas (...) del olécranon según todos los autores consultados".

La documentación que obra en el expediente pone de manifiesto que no hubo error diagnóstico, ya que la lesión del nervio cubital no queda acreditado que se produjese en el momento de la fractura, y que, dado que el tratamiento quirúrgico pautado cuando se produjo la lesión fue rechazado por la reclamante -decisión que hacía innecesario formalizar el consentimiento informado relativo a la intervención-, hubo que acudir a un tratamiento ortopédico que posteriormente generó la necesidad de llevar a cabo cirugías correctoras.

Teniendo en cuenta todo ello, este Consejo entiende que no ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario, por lo que no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, toda vez que la asistencia prestada se adecuó en todo momento a la *lex artis ad hoc*, lo que nos impide apreciar el nexo causal con los daños por los que se reclama, y nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación formulada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.