

Expediente Núm. 107/2012
Dictamen Núm. 210/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
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 12 de julio de 2012, 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 27 de abril de 2012, 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 recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 8 de julio de 2011, la reclamante presenta en un registro de la Administración del Principado de Asturias reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia, a su juicio, del anormal funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Refiere que fue intervenida en el Hospital “X” en fecha 30 de julio de 2010, “precediéndose a la exéresis del tejido fibrótico escrito y revisión de los

espacios discales L3-L4". Prosigue su relato indicando que en el curso del posoperatorio y "ante el dolor tan fuerte que soportaba en la herida, y la fiebre que presentaba. Acudió a su centro de salud, para comentarlo y retirar los puntos (se le quitaron solo la mitad) todo ello el 08-08-2010. Acudiendo a Urgencias del Hospital 'Y' en fecha 09-08-2010, por exudados sero-sanguinolento importante. Siendo derivada" al Hospital "X" para "valoración por el Servicio de Neurocirugía, donde ingresa en esa misma fecha, con temperatura de 38,7 grados, exudado sanguinolento por zona baja de la herida, asociado a pequeña dehiscencia. Se introduce hisopo para obtener cultivo, tras lo cual se drenan 200 cc de colección hemática, dolor a la palpación en la zona de la herida que mejora tras la evacuación de la colección".

La interesada afirma que "como consecuencia de la infección contraída tras la operación que le fue practicada (...) le han quedado una serie de secuelas como son problemas estomacales, alergias alimentarias, vulvovaginitis". Tras cita de algunos de los informes evacuados por parte de los distintos servicios que han atendido a la reclamante desde la primera intervención, la perjudicada señala que "sin embargo, en estos informes nada se dice respecto de una información que le fue dada a la reclamante por una de las enfermeras de la planta donde se encontraba ingresada" en el Hospital "X", "respecto de que en fecha 16-08-2010 y estando ingresada, como consecuencia de la infección y de la herida sale, y citamos literalmente lo que dijo esa profesional 'un trozo de carne viciosa' y asimismo en fecha 17-08-2010 y estando también ingresada, se le extrae 'un trozo de venda de las que se utilizan para taponar durante las intervenciones quirúrgicas'. Todo lo cual coincide con las fechas, en las que a pesar del antibiótico administrado en vena desde hacía días, la reclamante comienza a mejorar".

Sostiene que "es doctrina científica médica reiterada que la presencia de una gran colección en el espacio subcutáneo y entre planos musculares, subyacente a una herida quirúrgica, que presenta un nivel hidro-aéreo, en el 90% de los casos es debido a la presencia de un cuerpo extraño (como bien

puede ser un pequeño trozo de gasa o similar), pero nunca de naturaleza metálica". Por todo ello, entiende que "concurren todos los requisitos mencionados: el resultado dañoso es obvio, como consecuencia de la intervención quirúrgica a la que fue sometida la reclamante en fecha 30-07-2010", manifestando más adelante que "dicho resultado es consecuencia de la actividad de la Administración que es responsable, por actos del personal a su servicio, que causaron en la reclamante un daño innecesario y que no tenía que haber ocurrido, pues la operación a que se sometió a la reclamante no tenía por qué complicarse de esta manera (...). Existiendo por tanto una relación clara de causa efecto entre los padecimientos y el daño causado a la reclamante y las consecuencias de la intervención que le fue practicada, e infección casi inmediata de la herida resultante de la i. q."

En la parte final del escrito se procede a la valoración económica de los daños y perjuicios sufridos a efectos de su indemnización a cuyo efecto se señala que "la reclamante ha sufrido un daño importante, al ver alargado innecesariamente un proceso posoperatorio (...). Lo que mantuvo a la reclamante ingresada durante 38 días en el hospital y otros 15 días de baja laboral y con antibiótico, así como una bajada de defensas a posteriori y episodios reiterados de hongos, vulvovaginitis y problemas estomacales. Se valoran prudentemente los daños y perjuicios ocasionados a la recurrente en 12.853,55 euros".

Acompaña a su reclamación la siguiente documentación: a) Informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital "X" relativa al ingreso de fecha 29 de julio de 2010 del que fue alta la reclamante el día 5 de agosto de 2010. b) Informe del Área de Urgencias del Hospital "Y" donde se recoge la asistencia prestada a la reclamante en dicho centro y dependencia el día 9 de agosto de 2010. c) Informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital "X" relativa al ingreso de fecha 9 de agosto de 2010 del que fue alta la reclamante el día 15 de septiembre de 2010. d) Hoja del Servicio de Radiodiagnóstico I del Hospital "X" correspondiente al Nº Estudio 3503. e) Hoja del Servicio de Radiodiagnóstico I

del Hospital "X" correspondiente al Nº Estudio 52662. f) Hoja del Servicio de Radiodiagnóstico I del Hospital "X" correspondiente al Nº Estudio 53283. g) Orden de interconsulta de fecha 7 de diciembre de 2010, de tipo preferente, donde figura como motivo: vulvovaginitis. h) Informe clínico, con fecha 1 de mayo de 11, suscrito por una doctora del Centro de Salud, relativo a la reclamante. i) Un "informe a petición de la interesada" de fecha 23 de mayo de 2011 suscrito por un doctor del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Y". Tal y como indica la reclamante en su escrito la documentación anexa a su escrito se remata con cinco fotografías en color.

2. Mediante escrito de fecha 14 de julio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del 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.

3. El día 19 de julio de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita de la Gerencia de Atención Especializada del Hospital "Y" "copia de la Historia Clínica del proceso de referencia, así como un Informe de los Servicios que prestaron asistencia a la perjudicada (Urgencias y Ginecología)". Ese mismo día, la Inspectora dirige a la Gerencia de Atención Especializada del Área IV dos escritos. En uno de ellos se señala que "según la documentación que aporta (la reclamante) fue intervenida permaneciendo ingresada (...) precisando nuevo ingreso (...) por infección de herida quirúrgica, aislándose *Staphylococcus aureus*. Al tratarse de una infección nosocomial parece conveniente que se recabe informe del Servicio de Medicina Preventiva, tanto sobre el caso concreto como sobre la situación del Centro en general". En el otro escrito se solicita de la Gerencia del Área IV "copia de la historia clínica del proceso de referencia, así como un informe de los Servicios que prestaron

asistencia a la perjudicada (Neurología, Rehabilitación, Enfermedades Infecciosas, Ginecología)".

4. En respuesta a los requerimientos efectuados a la Gerencia de Atención Especializada del Área IV, con fecha 2 de agosto de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite al Servicio instructor copia de la historia clínica solicitada.

En fecha 8 de agosto, se remite al mismo Servicio instructor informe de fecha 3 de agosto de la Unidad de E. Infecciosas del Hospital "X". En este informe se señala que la reclamante "fue valorada por la Unidad de enfermedades infecciosas el día 17 de agosto de 2010 (...). El Servicio de Neurocirugía realizó las pruebas radiológicas y de limpieza quirúrgica oportunas con buena evolución".

El día 5 de agosto de 2011 emite informe el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital "X" relativo a la valoración realizada a la reclamante en el referido Servicio, el día 4 de agosto de 2010, a solicitud del Servicio de Neurocirugía durante su ingreso tras intervención de hernia discal. En el apartado de impresión diagnóstica figura "síndrome consecutivo de cirugía discal con paresia de flexores dorsales de tobillo-pie izquierdo".

El Servicio de Ginecología del Hospital "X" informa, el día 5 de agosto de 2011, que la reclamante "desde enero de 2009 y hasta la fecha no estuvo citada ni ingresada en este Servicio. Se pidió consulta por Neurocirugía para valorar un prurito vulvovaginal en el ingreso de agosto de 2010, realizando un cultivo que fue negativo y pautando una crema hidratante".

Por su parte, el Servicio de Neurocirugía del Hospital "X" emite el informe requerido el día 10 de agosto de 2011, con el siguiente contenido: "Dicha paciente fue intervenida por el Dr. (A) el día 30 de julio de 2010 para revisar quirúrgicamente los espacios discales L3-L4 y L4-L5 (...). En el posoperatorio la paciente presentó disminución de la fuerza para la flexión dorsal del pie y se le prescribió tratamiento rehabilitador ambulatorio. Fue alta

el día 5 de agosto de 2010. El día 8 de ese mismo mes tuvo que acudir a su centro de salud por fiebre y dolor local en la herida quirúrgica. Se le retiraron la mitad de los puntos de sutura y fue remitida al Hospital "Y" al día siguiente por presentar seroma con signos infeccioso-inflamatorios. Fue derivada a este hospital al Servicio de Urgencias donde se evidenció que presentaba fiebre de 38,7º y mostraba una dehiscencia de la herida quirúrgica en su zona inferior así como abultamiento fluctuante compatible con seroma. Se tomaron cultivos y se drenó la colección líquida subcutánea y se comenzó a tratar con antibióticos de manera empírica. El cultivo demostró la existencia de un estafilococo aureus en la colección evacuada por lo que de acuerdo con el Servicio de Medicina Interna en su Sección de Enfermedades Infecciosas se pautó tratamiento antibiótico oportuno. Fue ingresada en nuestra planta de hospitalización donde se efectuaron curas diarias por las enfermeras de la planta y el día 16 de agosto en sus anotaciones evolutivas las enfermeras de ese día describen que obtienen al realizar la cura por la mañana un trozo de tejido blanquecino de aspecto gelatinoso de unos 7 cm de largo y 1,5 cm de ancho. Por la tarde la enfermera retira lo que parece ser una gasa de bordes introducida para drenar el contenido de la herida con unas dimensiones aproximadamente de 1 metro. No existe ninguna gasa que sea utilizada durante la cirugía de estas dimensiones. Este tipo de gasas de bordes o gasa orillada se utilizan como drenaje de heridas que se someten a curas frecuentes generalmente en los posoperatorios. El día 18 de agosto de 2010 fue nuevamente intervenida bajo anestesia general por el Dr. (B) y el Dr. (C) para revisar la herida quirúrgica y proceder a su limpieza. La descripción operatoria pone de manifiesto la existencia de una gran cavidad llena de líquido y material purulento que se drena. Existía tejido necrótico y se efectuaron lavados con antisépticos y suero fisiológico. Se dejó una teja de drenaje submuscular y se cerró por planos. En la descripción del Dr. (B) figura explícitamente que no se observan materiales o cuerpos extraños. Las conclusiones de la reclamación basadas en la posible existencia de un cuerpo extraño no se confirman a la vista de la descripción de los cirujanos que han

intervenido a la paciente. Estimo que desafortunadamente, se trata de una infección a la que se está expuesto cualquier paciente que sea sometido a cualquier tipo de cirugía como así hacemos constar en la práctica totalidad de los consentimientos informados que les hacemos leer a los pacientes antes de ser intervenidos. Lamento las alteraciones y las molestias que esta complicación hayan podido tener en la paciente, que además al ser diabética es más proclive a desarrollarlas. Igualmente los efectos adversos de la antibioterapia mantenida durante semanas que hacen que sea factible desarrollar infecciones por gérmenes oportunistas como la vulvovaginitis micótica que desarrolló posteriormente. Está claro que la paciente presentó un cuadro infeccioso secundario a la cirugía realizada el día 30 de julio de 2010, pero realmente no existe evidencia de que fuera originada por la existencia de un cuerpo extraño en esa localización como consta en las descripciones quirúrgicas de los especialistas que intervinieron a la paciente”.

Por último, el 16 de agosto de 2011, emite informe el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital “X” en el que consta que la ahora reclamante fue “intervenida quirúrgicamente para el tratamiento de una posible recidiva de hernia discal de los espacios L3-L4 y L4-L5 realizándose una exeresis de tejido fibrótico y una revisión de los espacios discales mencionados./ En cuanto a los procedimientos llevados a cabo para minimizar el riesgo de infección nosocomial, de la revisión de la historia clínica durante el episodio de la intervención se constata tanto en la revisión de las órdenes médicas, como en las hojas de vigilancia de enfermería, como en la lista de verificación de la intervención quirúrgica que: 1. Administración de profilaxis preoperatorio según protocolo vigente en el hospital (cefazolina 1gr/iv en una sola dosis) iniciándose la administración 30 minutos antes de la intervención. 2. Realización de preparación preoperatoria acorde con la praxis habitual según constas en la hoja de observaciones de enfermería./ Posteriormente al alta la paciente reingresa con un cuadro de infección de herida quirúrgica que precisó drenaje y tratamiento antibiótico. De la revisión de la pauta antibiótica se constata que se

procedió a la prescripción de forma acorde a la sensibilidad del germen presente en el cultivo de la herida. Como factores predisponentes a la aparición de la infección, la paciente presentaba diabetes y la presencia de material extraño en la herida./ En referencia a los datos disponibles en nuestro sistema de vigilancia de infección nosocomial correspondiente al año 2010: no consta en el momento de la intervención de ningún brote que pudiera estar asociado a la paciente intervenida (...). No obstante lo anteriormente expuesto, por la bibliografía existente la probabilidad de desarrollar una infección de herida quirúrgica varía entre las diferentes series y en función del riesgo encontrándose nuestro centro dentro de los estándares nacionales”.

5. Por parte de la Gerencia del Hospital “Y”, y en respuesta a los requerimientos del Servicio instructor, el día 2 de septiembre de 2011 fue remitida al mismo la historia clínica relativa al proceso de referencia obrante en dicho centro.

Ya con anterioridad, desde esta misma gerencia habían sido remitidos los informes de los servicios que en ese centro prestaron asistencia en algún momento a la perjudicada. El día 4 de agosto de 2011 emitió informe la Directora del AGC de Urgencias del Hospital “Y” en el que se refiere que “el pasado 9 de agosto de 2010, la señora (...), acude por iniciativa propia a las 12:41 horas al Área de Urgencias del Hospital “Y”, de la que se fue a las 13:20 horas sin ser atendida, ya que no quería esperar (...). Ese mismo día, a las 14:55 horas, vuelve a Urgencias también por iniciativa propia, por dolor desde el día anterior a nivel de la herida quirúrgica de una intervención realizada el 30 de julio de ese año, por exéresis de tejido fibrótico en espacios L3-L4 y liberación radicular bilateral. El facultativo que la atiende refiere que la herida quirúrgica no presentaba signos de sobreinfección, pero por una dehiscencia en la parte inferior de la misma drenaba líquido hemático. La temperatura de la señora era de 38 °C. Se le realizó una bioquímica de sangre, en la que se constata como datos más relevante una elevación de la PCR (1,32 mg/dl) y

cifras elevadas de glucosa. En el hemograma, se observa una leucocitosis con granulocitosis y resultados analíticos compatibles con una anemia normocítica. La coagulación es normal. Se habló telefónicamente con el Servicio de Neurología del Hospital "X", comentándoles el caso, y se acuerda que la paciente debe ser derivada a dicho centro para descartar infección de la herida quirúrgica, siendo alta de este hospital al las 18:30 horas" por traslado al Hospital "X".

Por su parte, el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Y" remite al servicio instructor el informe de 23 de mayo de 2011, ya adjuntado por la reclamante a su escrito inicial, a cuyo tenor, y por lo que ahora interesa, se dice que "tras la intervención ha seguido revisiones en Consultas Externas de Ginecología, pautándose tratamiento hormonal sustitutivo. En diciembre de 2010 consulta por prurito vulvovaginal y escozor", refiriendo ingreso en el Hospital "X" "por absceso de tejido celular subcutáneo, precisando tratamiento antibiótico 2 meses".

6. Con fecha 2 de noviembre de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En este informe, tras relato de los hechos alegados en la reclamación y establecimiento de los que resultan acreditados mediante detallado estudio de los diferentes informes incorporados al expediente, se concluye y propone, tras aplicación de las oportunas consideraciones médicas de aplicación, la desestimación de la reclamación de responsabilidad presentada, con base en las conclusiones que se exponen en este mismo informe, de las que conviene retener en su literalidad las consignadas como los números 4 y 5. "4. El cuerpo extraño al que hace referencia en su reclamación, indicando que 'solamente podría aparecer como consecuencia del instrumentaje necesario en la intervención quirúrgica inicial', es en realidad una gasa que se colocó como drenaje cuando reingresó en el (Hospital 'X') el 09-08-2010, por infección de herida quirúrgica./ 5. El Staphylococcus aureus que se aisló en el cultivo de

exudado de herida quirúrgica forma parte de la flora normal del ser humano. El sitio más frecuente de colonización es la zona anterior de las vías nasales, aunque también puede colonizar la piel (en particular si está lesionada), la vagina, las axilas, el perineo y la bucofaringe. Se sabe que 25% a 50% de los sujetos sanos pueden estar colonizados por *Staphylococcus aureus* de manera persistente o transitoria, además la paciente es diabética por lo que es más proclive a desarrollar una infección. Así pues la infección por este germen es inevitable en el enfermo ingresado y puede aparecer a pesar de que se tomen todas la medidas conocidas para evitarla”.

7. Mediante escritos de 7 de noviembre de 2011, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 19 de diciembre de 2011, emite dictamen una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en especialista en Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas y Experto en VIH/SIDA, en el que se establecen las siguientes conclusiones: “1. Es imposible en los medios sanitarios actuales evitar al 100% las infecciones nosocomiales, pues como se ha dicho, aparecen en pacientes de alto riesgo, como son los que tienen enfermedades graves, cardiorrespiratorias, o han sido sometidos a tratamientos quirúrgicos, como era el caso del paciente./ 2. Se administró la correspondiente profilaxis antibiótica quirúrgica según consta en el informe./ 3. El paciente tenía factores de riesgo que le hacían candidato a presentar infecciones intrahospitalarias (diabetes, cirugía, intubación...)/ 4. El germen casual fue el *Estafilococo aureus* que en un alto porcentaje de pacientes coloniza sus fosas nasales, y de ahí puede pasar a una herida quirúrgica. Es decir, pudo estar en la propia paciente el origen de esta infección./ 5. La gasa que se extrajo de la herida fue la que se había introducido previamente para facilitar el drenaje del material purulento, no se había dejado en la primera cirugía./ 6. La paciente

comenzó a mejorar a las 48 de horas de ingreso, ya que para ese día ya no presentaba fiebre. No comenzó a mejorar cuando se extrajo la gasa que se ha mencionado./ 7. Niveles hidraéreos en un absceso pueden aparecer aunque no esté relacionado con cuerpos extraños. No tiene sentido la afirmación de que un nivel hidroaéreo es por la presencia de un cuerpo extraño no metálico./ 8. La aparición de vaginitis candidiásica posterior al episodio que se reclama pudo no tener nada que ver con el tratamiento antibiótico prolongado, puesto que la paciente ya tenía historia clínica de Ginecología. Además, el hecho de ser diabética por si solo supone un factor de riesgo para la aparición de esta enfermedad./ 9. No hay indicios de negligencia ni mala praxis en el personal que atendió a la paciente”.

9. El día 10 de enero de 2012, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, a fin de que pueda presentar las alegaciones y justificaciones que estime pertinentes, y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 25 de enero de 2012, se persona en las dependencias administrativas la interesada a la que se le hace entrega de una copia de los documentos obrantes en el expediente en ese momento.

10. Con fecha 1 de febrero de 2012, la reclamante presenta en un registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. En él, discrepa “de lo argumentado por la Inspectora”, en clara referencia al contenido del informe técnico evaluación relatado en el antecedente 6, discrepancia que más adelante se hace extensible a las conclusiones del dictamen médico relatado en el antecedente 8. El motivo de esta oposición radica en que ni en las Hojas de Enfermería ni en el Parte de Urgencias, que obran en el expediente “nada se dice respecto a que en el Ingreso de Urgencias al (Hospital `X´) el día 09-08-2010, se introdujera en la herida gasa de bordes o gasa orillada, de 1 metro de longitud para favorecer drenaje alguno. Mucho

menos, que la introdujera el Dr. (A), pues ni le atendió él, ni lo hizo, sino que incluso no estaba en esas fechas en el (Hospital `X´) (creemos que estaba de vacaciones o con días de descanso)”. Más adelante, y tras denunciar en la segunda de estas alegaciones el que “se pretenda ahora confundir gasa de cura con apósito y con gasa de drenaje interno. Con el único fin de eludir así cualquier responsabilidad”, insiste en el argumento nuclear de la reclamación formulada de anudar en una relación de causa-efecto, la infección sufrida, a la presencia de un cuerpo extraño en la herida quirúrgica consecuencia de la operación a la que fue sometida el día 30 de julio de 2010.

11. A la vista del contenido de las alegaciones de la reclamante, el día 27 de febrero de 2012, la inspectora de prestaciones sanitarias designada solicita del Servicio de Neurocirugía del Hospital “X” informe al respecto. Este informe es evacuado, el 19 de marzo de 2012, por el Jefe del citado Servicio, en el que, en síntesis, se reafirma en el contenido de su informe anterior de fecha 10 de agosto de 2011, relatado en el antecedente 4. No obstante, en este informe se aclaran algunas cuestiones fácticas, tales como que “es efectivamente poco probable que -la reclamante- fuera curada en el servicio de Urgencias por el Dr. (A), ya que aunque estaba trabajando ese día estaba de guardia localizada. Lo probable es que, aunque no se encuentra en ninguno de los apartados de la historia clínica quien introdujo una gasa de bordes para drenar el seroma de la herida, este acto fuera llevado a cabo por enfermería ya de urgencias o de la planta de hospitalización. En la historia que revisé hoja por hoja no consta la cura del día 9-8-10 a la que aluden en el escrito de reclamación”.

12. El día 12 de abril de 2012, el Jefe del Servicio instructor incorpora al expediente propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al asumir, en su literalidad, las conclusiones contenidas en el informe técnico de evaluación. A juicio de este Servicio, en nada impiden esta conclusión las alegaciones presentadas por la reclamante en el trámite de audiencia y vista del expediente,

toda vez que frente a las mismas y según se refiere en esta propuesta de resolución, "4º. Respecto a que en las Hojas de Enfermería y Parte de Urgencias nada se diga en relación a que en el ingreso del 09-08-2010 se introdujera en la herida gasa de bordes o gasa orillada, como anteriormente se ha señalado, este hecho queda reflejado en el curso clínico (folio 111) y plan de cuidados de pacientes de Neurocirugía (folio 174), además queda constancia del mismo en la hoja de observaciones (folio 122), en las observaciones del 09-08-2010 se indica 'curada en urgencias' y el 10/08/2010 se dice '...retiradas grapas y dos puntos de sutura de herida quirúrgica lumbar y curada con Betadine + gasa de bordes + apósito', ese mismo día también consta '...dejo gasa de bordes + draina". Más adelante, y frente a una denunciada por parte de la interesada y supuesta e interesada confusión por parte de la Administración sanitaria frente a la que se reclama, entre "gasa de cura con apósito y con gasa de drenaje interno" que es calificada por el servicio instructor como una "7º. (...) una conclusión de la demandante carente de sentido", se señala que "8º. En ningún momento, en los informes se cuestiona que la paciente haya tenido una infección en la herida quirúrgica, lo que si se discute es que la demandante intenta atribuir la infección a una gasa de bordes que se colocó cuando la perjudicada reingresó en el (Hospital "X"), precisamente para tratar la infección, y que esta gasa de bordes forma parte del procedimiento terapéutico, junto con el tratamiento antibiótico pautado, para tratar la infección, hecho que parece no tener claro la demandante".

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de abril de 2012, registrado de entrada el día 4 de mayo, 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 Sanidad, 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.

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 8 de julio de 2011, habiendo tenido lugar la intervención quirúrgica de la que trae causa el día 30 de julio de 2010, por lo resulta evidente que la

reclamación ha sido 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.

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.

SEXTA.- La interesada reclama una indemnización por los daños sufridos por una infección de herida quirúrgica sufrida tras una intervención y que atribuye a “la presencia de un cuerpo extraño que solamente podría aparecer como consecuencia del instrumentaje necesario en la intervención quirúrgica inicial”.

La infección nosocomial denunciada por la perjudicada, aislándose *Staphylococcus aureus*, resulta acreditada en la documentación obrante en el expediente, por lo que cabe considerar que concurre la efectividad del daño alegado, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que este dictamen concluyese que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial administrativa.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, la interesada no desarrolla actividad probatoria, en un sentido estricto, al respecto. Como veremos a continuación, en la presente reclamación la perjudicada plantea esta imprescindible prueba de los hechos alegados en términos de meras suposiciones. En consecuencia, dado que en el procedimiento que analizamos no ejercita el derecho que la ley le confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

La interesada realiza dos imputaciones al servicio público sanitario: la primera, al entender que en el curso de la primera intervención quirúrgica, practicada el 30 de julio de 2010 para el tratamiento de su dolencia de base, habría quedado alojado en la herida quirúrgica "un cuerpo extraño (...) del tipo gasa o trozo de gasa"; la segunda, consecuencia de la anterior, al considerar

que ese "cuerpo extraño" habría sido el causante de la infección padecida. No obstante, tales imputaciones se construyen sobre una base hipotética sin soporte probatorio alguno que las acredite. Por el contrario, de los informes aportados por la Administración se deriva la corrección de la atención médica prestada a la paciente.

No se discute ni la pertinencia de la intervención quirúrgica realizada el mencionado 30 de julio de 2010, ni los procedimientos efectuados para minimizar el riesgo de infección nosocomial, que constan en el informe emitido por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital "X" de 16 de agosto de 2011.

No existiendo controversia alguna respecto a que a la perjudicada, durante el segundo de sus ingresos hospitalarios, le fue retirada el día 16 de agosto de 2010 "una gasa orillada de aproximadamente un metro de longitud", la Administración niega de forma reiterada la presencia de la "gasa o trozo de gasa" tras la primera intervención. En este sentido, cabe retener que, según informa el Servicio de Neurocirugía del Hospital "X", "no existe ninguna gasa que sea utilizada durante la cirugía de estas dimensiones". Tal y como se hace constar en el informe técnico de evaluación y en el dictamen médico resulta evidente que esa gasa "es en realidad una gasa que se colocó como drenaje cuando reingresó" en el Hospital "X" "el 09-08-2010, por infección de herida quirúrgica", esto es, justamente para drenar la infección preexistente al momento de su colocación. Así lo corroboran los diferentes documentos de la historia clínica de la paciente, que refiere la propia propuesta de resolución, en la que se menciona la colocación, en la fecha indicada, de "una gasa de bordes".

No existiendo, por tanto, evidencia alguna que permita entender que el citado material hubiera permanecido en el cuerpo de la paciente desde la intervención del 30 de julio de 2010, resulta improcedente cualquier intento de relacionar ese inexistente, por no probado, elemento causal con la infección declarada. Es más, tal y como reflejan los informes médicos aportados por la

Administración concurrían en la paciente factores adicionales que la hacían candidata a presentar infecciones intrahospitalarias.

En definitiva, hemos de concluir que la evolución del postoperatorio está relacionada con la materialización de un riesgo típico que se encuentra dentro de los posibles en el desarrollo de la cirugía a la que fue sometida la reclamante, agravada en su caso concreto por sus antecedentes diabéticos; complicación que la paciente conoció y asumió previamente con la firma del oportuno consentimiento informado.

Por todo ello, este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, que no ha quedado demostrada una mala práctica médico-quirúrgica del servicio público sanitario a la que pudiera ser imputable el daño alegado, corroborando los informes aportados la adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.-