

Expediente Núm. 306/2014  
Dictamen Núm. 21/2015

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 5 de febrero de 2015, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 16 de diciembre de 2014 -registrada de entrada el día 22 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios que atribuye a la asistencia recibida en un centro sanitario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 30 de julio de 2013, la interesada presenta en las dependencias de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos en el posoperatorio de una reducción quirúrgica de fractura en el pie derecho, lo que, a su juicio, produjo una “reluxación” y como

consecuencia de la segunda intervención quirúrgica para su corrección una "infección" en dicho pie con secuelas definitivas.

Expone haber padecido "con fecha 09-07-2009 (...) un traumatismo por una precipitación de un segundo piso" que le ocasionó "múltiples fracturas", y por lo que ahora interesa una "fractura-luxación Lisfranc y Chopart del pie derecho", de la que fue intervenida en Pontevedra "con tres agujas Kirschner". Señala que en agosto de 2009 fue trasladada al Hospital "X" y que el 30 de ese mismo mes, debido a sus quejas y a las de su marido en relación con las curas del pie, "dos especialistas (...) me abren el vendaje de la férula y confirman que el pie está nuevamente luxado, manifestando los mismos que es imposible que el pie esté así por sí solo, y que únicamente se debe a la mala realización de las curas". Afirma que el 31 de agosto de 2009 se le realiza una nueva radiografía recogiendo "las manifestaciones de la enfermera que evidencian claramente la mala manipulación que se hizo del pie. En el informe de observaciones" se consigna que "su marido manifestó que le ha dicho el doctor que (...) por (...) manipular mal ese pie para las curas ahora se encuentra luxado (...). Efectivamente, el traumatólogo (...) informa a mi marido (...) que (...) la causa de que el pie estuviera nuevamente luxado únicamente podía ser por su mala manipulación a través de las curas".

A continuación relata que el 3 de septiembre de 2009 fue "de nuevo intervenida", practicándosele una "reducción abierta que provoca alto riesgo de infección y fijación con 8 agujas Kirschner". El 18 de diciembre siguiente ingresa en el Hospital "Y" con el diagnóstico de "intolerancia material de osteosíntesis en pie derecho", es decir, la infección por la relajación practicada", recibiendo el alta hospitalaria el 1 de julio de 2010, y es operada de nuevo el 9 de noviembre de 2010 de "fístula crónica dorso pie derecho". Reseña que el 16 de octubre de 2012 se le practica una "intervención de cicatriz retraída y umbilicada en zona dorso-medial pie derecho traumático post-fístula cutánea en infección ósea base 1.º metatarsiano (...), siendo alta por dicha intervención el 21-10-2012".

Con base en ello, sostiene la existencia de “un perjuicio que no tenía la obligación de soportar”, pues, “por un lado, la relajación (...) pudo haberse evitado si no se me hubiese realizado por parte del personal de enfermería una mala manipulación del pie a la hora de hacer las curas y los vendajes, así como por parte del personal médico en la falta de práctica de pruebas que hubiesen sido necesarias en el momento de la asistencia hospitalaria sin esperar a que el pie se me deformase (...). Por otro lado, la infección del pie derecho debido a esa segunda intervención (...). En todo centro hospitalario debe existir una garantía de niveles determinados de pureza, eficacia o seguridad. Producida la infección se ha constatado que en el centro no se dieron las medidas ni los niveles presumidos, bien a través de unas malas condiciones del espacio, del instrumental, del material o de la mala praxis de los intervinientes”.

Cuantifica el daño sufrido en sesenta mil ochocientos setenta euros con cincuenta céntimos (60.870,50 €), que corresponden a: 64 días hospitalarios y 84 impeditivos en el año 2009, 183 impeditivos y 182 no impeditivos en el año 2010, 365 no impeditivos en el año 2011 y 294 no impeditivos en el año 2012 y a 3 puntos de secuelas físicas y 6 puntos de secuelas estéticas, añadiendo 10.000 € en concepto de daño moral.

Propone prueba documental, consistente en la que acompaña a su escrito y que “se aporte al expediente el historial clínico completo de la reclamante (...), sin perjuicio del artículo 11.1.2 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial”.

Adjunta a su reclamación copia de la siguiente documentación: a) Informe del Servicio de Traumatología del hospital de Pontevedra que la asiste el día 9 de julio de 2008. b) Comunicación al “SAMU Asturias” de la autorización de traslado extraprovincial. c) Hojas de enfermería con anotaciones entre el 27 de agosto y el 4 de septiembre de 2009. d) Hojas de observaciones del curso clínico en las que se reflejan las actuaciones practicadas entre el 11 y el 31 de agosto de 2009. e) Hoja de protocolo quirúrgico, fechada el 3 de septiembre de

2009. f) Informe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Z", de 23 de septiembre de 2009. g) Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital "X", de 6 de octubre de 2009. h) Informe del Servicio de Traumatología, de 18 de diciembre de 2009, en el que se recoge el diagnóstico de "intolerancia material de osteosíntesis en pie derecho". i) Informe del Servicio de Rehabilitación, de 6 de julio de 2010. j) Informe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Z", de 21 de octubre de 2012, relativo a la intervención de retracción cicatricial en el dorso del pie derecho. k) Dos fotografías de un pie.

**2.** Mediante oficio de 2 de agosto de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la perjudicada y el informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología el 21 de agosto de 2012.

En él se indica que se trata de una "paciente politraumatizada trasladada (...) el 4-8-2009 (...). Durante su ingreso, y con fecha 30-8-2009 se comprueba relajación (...) en pie derecho. Se reinterviene con fecha 3-9-2008 realizando una reducción abierta y fijación con AK./ Posteriormente precisó tratamiento por el Servicio de Cirugía Plástica debido a la existencia (de) una úlcera sacra./ Con fecha 18-12-2009 se comprueba intolerancia al material de osteosíntesis (...). Se reinterviene quirúrgicamente realizando una extracción del citado material y una limpieza de los bordes quirúrgicos (...). Con fecha 21-10-12 Cirugía Plástica (...) interviene cicatriz retráctil y realiza colgajo cutáneo".

Señala que, "si bien no pudimos constatar la relación causa-efecto entre curas locales y relajación (...), lo cierto es que en la historia clínica de enfermería consta el 30-8-2009 que el pie se había relajado y se avisa al médico de guardia que lo constata. No hemos podido comprobar ninguna anotación previa a ese día en (la) que se haga constancia de la citada luxación./ Respecto a la infección referida (...), hemos de hacer constar que, como en cualquier politraumatismo con graves lesiones y de partes blandas, las

posibilidades de infección aumentan exponencialmente a pesar de todas las medidas preventivas que fueron tomadas en este caso”.

**3.** Con fecha 22 de agosto de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la interesada 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.

**4.** El día 13 de septiembre de 2013, el Gerente de la Fundación Hospital “Z” remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente y el informe elaborado por el Servicio de Cirugía Plástica el 12 de septiembre de 2013.

En este se recoge que la interesada fue intervenida en dicho centro por “úlceras sacra dcha. y fístula cutánea crónica en dorso pie” derecho, y precisa que en la última revisión, el 14 de diciembre 2012, la “herida dorso pie dcho. curada estable, sin adherencia umbilicada, por lo que es alta”.

**5.** Con fecha 16 de septiembre de 2013, el Director Gerente del Hospital “Y” remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la interesada, y aclara que la intervención quirúrgica realizada el 28 de diciembre de 2009 “para la retirada de material de osteosíntesis” ha sido practicada por médicos del Servicio de Salud del Principado de Asturias “en el ámbito de asistencia establecido por el convenio singular (...) suscrito”, especificando en una nota a pie de página que está vigente desde el 15 de enero de 2003.

**6.** Mediante oficios de 30 de septiembre de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V traslada al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios los informes elaborados por los Servicios de Medicina Preventiva y de

Cirugía Ortopédica y Traumatología y por Enfermería, así como una copia de la historia clínica.

El Servicio de Medicina Preventiva señala, el 16 de septiembre de 2013, que “la paciente sufre un politraumatismo grave y durante el ingreso en el complejo hospitalario de Pontevedra se coloniza e infecta por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y desarrolla úlceras de talón y sacro”, y aclara que durante su ingreso en el Hospital “X” fue sometida a una reintervención “sobre una reducción y osteosíntesis por fractura luxación”, con un “riesgo individual” de tipo ASA III “enfermedad sistémica grave”, precisando que la cirugía “está clasificada como ‘cirugía sucia’ con alto riesgo de infección”.

Afirma que, “siguiendo las normas de los protocolos de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, así como del Plan Nacional para el Control de las Infecciones Quirúrgicas”, la paciente “recibió tratamiento con Cefazolina 2 g tras la inducción anestésica y 1 g cada 8 horas durante 48 horas. Se añadió como Amoxicilina y Ac Clavulánico desde el día 4 de septiembre de 2009 hasta el 19 de septiembre de 2009”.

Subraya que en el seguimiento de las infecciones en procedimientos traumatológicos en el Hospital “X” “las tasas de infección están por debajo del estándar establecido, lo que indica que no hay un riesgo mayor al esperado”, y describe a continuación los procedimientos implantados en cuanto a la calidad del aire, los controles en bioseguridad ambiental en los quirófanos y la esterilización del material utilizado.

Sostiene que “se siguieron los protocolos recomendados por la normativa vigente y las sociedades científicas de limpieza, desinfección y esterilización que garantizan la esterilización del material quirúrgico empleado en la intervención del 3 de septiembre de 2009 (...). Se siguieron los protocolos recomendados por las sociedades científicas de asepsia y técnica estéril durante la intervención del 3 de septiembre de 2009 y recomendaciones de tratamiento antibiótico perioperatorio (...). Se siguen las recomendaciones en bioseguridad ambiental que garantizan la calidad del aire de quirófanos de la Sociedad Española de

Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria y se hace el seguimiento y controles microbiológicos que se recomiendan (...). Dispone de un sistema de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial que desarrolla un trabajo activo y prospectivo de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria”.

A la vista de ello, concluye que las complicaciones que sufrió la reclamante “no pueden ser debidas a las condiciones del espacio, del instrumental o del material utilizado en la intervención, y no se cumplen los criterios de causalidad entre la operación y la infección./ Pueden ser debidos a factores atribuibles a la patología grave con la que ingresó, a la colonización e infecciones con las que ingresó, a los inherentes a la cirugía y a las características individuales de la paciente, así como a otros factores condicionantes que desconocemos y no pueden ser controlados”.

El Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología indica, el 21 de agosto de 2013, que durante el ingreso de la paciente “y con fecha 30-8-2009 se comprueba relajación de la articulación de Lisfranc en pie derecho. Se reinterviene con fecha 3-9-2009”.

Afirma que, “si bien no pudimos constatar la relación causa-efecto entre curas locales y relajación de Lisfranc en pie derecho, lo cierto es que en la historia clínica de enfermería consta el 30-8-2009 que el pie se había relajado y se avisa al médico de guardia que lo constata. No hemos podido comprobar ninguna anotación previa a ese día en (la) que se haga constancia de la citada luxación./ Respecto a la infección referida por (...) la segunda intervención, hemos de hacer constar que, como en cualquier politraumatismo con graves lesiones y de partes blandas, las posibilidades de infección aumentan exponencialmente a pesar de todas las medidas preventivas que fueron tomadas en este caso”.

Por su parte, el “Supervisor 4.<sup>a</sup> impar” manifiesta, el 25 de septiembre de 2013, que “tras revisar la historia clínica y sin poder recabar más datos, dado que el personal que trabajó en el turno (...) ya no trabaja en este hospital, solo puedo constatar que los cuidados de enfermería (curas) prestados a la

paciente han sido realizados siguiendo los protocolos de cura de herida quirúrgica del Hospital "X" y las órdenes médicas".

**7.** El día 31 de octubre de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras detallar pormenorizadamente las atenciones sanitarias dispensadas, plantea, en primer lugar, la posible prescripción de la reclamación, dado que la paciente fue dada de alta en el Servicio de Rehabilitación el 1 de julio de 2010, una vez estabilizada su evolución clínica.

Por lo que se refiere al fondo del asunto, reseña que ingresa en el centro hospitalario de Pontevedra "el 09-07-2009 por politraumatismo por precipitación, siendo diagnosticada de fractura metafodiasaria de fémur izquierdo, fractura de acetábulo izquierdo, fractura de las ramas ílio e isquiopubianas derechas, fractura de apófisis transversas izquierdas L2 a L5, fractura de escápula izquierda, fractura-luxación de Lisfranc y de Chopart de pie derecho, fractura diafisaria de tibia izquierda, insuficiencia respiratoria posoperatoria, traqueostomía, neumonía asociada a ventilación mecánica por SARM (...). Desde este centro es trasladada al Hospital "X", donde ingresa el 04-08-2009./ Desde el 04-08-2009 al 06-10-2009 ingresa en el Servicio de Traumatología (...), siendo valorada también por los Servicios de Infecciosas, Anestesia, Hematología, Neumología, Nutrición, Psiquiatría y Rehabilitación y Cirugía Plástica de "Z". Durante su estancia en este centro, el 30-08-2009, avisan al médico por deformidad del pie derecho, al día siguiente es valorado el caso en sesión clínica, decidiendo realizar intervención quirúrgica para EMO y fijación de reluxación de pie (...). No se ha podido constatar la relación causa-efecto entre las curas locales y la reluxación de Lisfranc (...), complicación que puede ser posible tras el tratamiento de una fractura-luxación (...). Consta en el historial clínico que la paciente fue informada de los riesgos, complicaciones y secuelas" de la intervención para la fijación de la reluxación, en concreto "lesión vasculo-nerviosa, infección, embolismo, trombosis, necrosis cutánea y otras

derivadas de la cirugía". Asimismo, "ha podido constatarse que en el Hospital "X" se continuó el tratamiento antibiótico pautado" en Pontevedra, "que se mantuvo hasta el 11-08-2009. Se pauta, asimismo, tratamiento antibiótico el día de la intervención (...), ampliando posteriormente la fecha de finalización de este último hasta el 19" del mismo mes.

A la vista de ello, concluye que "la relajación sufrida por la paciente es una complicación posible en la fractura-luxación de Lisfranc, y además no ha podido establecerse que estuviese relacionada con las curas realizadas a la paciente; el seguimiento de la perjudicada incluyó la continuidad de tratamiento antibiótico pautado en otro centro y nueva pauta antibiótica cuando tuvo que ser reintervenida; la infección es una complicación posible en la cirugía a la que fue sometida, habiendo sido informada de esta circunstancia, tal como consta en el documento de consentimiento informado firmado por la demandante, no habiendo podido atribuirse a las condiciones del espacio, del instrumental o del material utilizado en la intervención", por lo que propone desestimar la reclamación.

**8.** Mediante escritos de 5 de noviembre de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios remite una 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.

**9.** Con fecha 16 de enero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario solicita a la interesada las radiografías realizadas entre los meses de agosto y octubre de 2009 que había retirado del Hospital "X". No consta en el expediente que dicho requerimiento haya sido atendido.

**10.** El día 27 de enero de 2014, emite informe un gabinete jurídico privado a instancia de la entidad aseguradora. En él transcribe el informe pericial privado

de un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que considera “absolutamente imposible que una cura de enfermería, al cabo de mes y medio, pudiera provocar una recidiva de la luxación. Mi opinión (a falta de haber podido ver estudios radiográficos del caso) es que no se realizó una reducción y/o una fijación correctas en Pontevedra, lo que provocó que la luxación recidivase, y que ello no fuera posible detectarlo hasta que el proceso inflamatorio del pie (muy evidente en este tipo de lesiones) desapareció lo suficiente”.

El informe jurídico concluye que “la actuación del Servicio (...) de Salud del Principado de Asturias ha sido diligente y conforme a la *lex artis* (...). En relación con la infección-intolerancia por material de osteosíntesis, no representa un daño antijurídico, al haber asumido la reclamante el riesgo de infección con su otorgamiento del consentimiento informado (...). No existe nexo causal entre la actuación sanitaria (...) y el daño reclamado (...). La acción por responsabilidad patrimonial (...) se encuentra prescrita”.

**11.** Mediante oficio de 17 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada a la correduría de seguros dos estudios de imagen relacionados con el caso.

**12.** Con fecha 25 de septiembre de 2014, emite informe una asesoría privada a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. En él señala que “si nos atenemos a la descripción de las lesiones que presentaba” la paciente, “no cabe duda de que se trataba de un traumatismo sumamente grave desde el inicio, y que además no fue diagnosticado hasta tres días después (circunstancia normal y disculpable, puesto que existían lesiones aún más graves que requerían tratamiento prioritario)./ La lesión, en concreto, era una fractura-luxación a nivel de la articulación de Chopart y de Lisfranc (...), además existían fracturas múltiples en el pie (cuboides, escafoides, cuñas, base de metatarsianos...), lo que

convertía la lesión en muy inestable en su conjunto./ La intervención realizada en Pontevedra (a los tres días) consistió en reducción cerrada y fijación con agujas, lo cual, en principio, es correcto, ya que el pie debía de presentar una inflamación muy importante que contraindicaba de forma absoluta la cirugía abierta; sin embargo (...), solo se le colocaron tres agujas de Kirschner, lo cual parece una fijación muy escasa para tanta lesión (...). Al tratarse de una lesión tan grave, múltiple y sumamente inestable debido a las fracturas asociadas (...), debería haber sido tratada de otra forma, concretamente, al menos, colocando un mayor número de agujas, aunque preferiblemente combinando éstas con tornillos percutáneos (...). Partiendo de la base de que todas la luxaciones y fracturas quedaran bien reducidas y fijadas (cosa que dudo se consiguiera con solo tres agujas), se trataría de una fijación muy precaria e inestable, por lo que la tendencia natural sería a recidivar la luxación (...). Teniendo en cuenta la cronología de los acontecimientos, desde la intervención (...) hasta que se detectó la reluxación (...) había pasado mes y medio, lo que hace impensable que una simple cura por personal de enfermería pudiera ser capaz de provocarla (...); una luxación (a cualquier nivel del cuerpo) se considera irreductible por métodos cerrados a partir de las dos o tres semanas debido al natural proceso de cicatrización de los tejidos, de manera que si por la causa que sea no es diagnosticada en los primeros días ya es imposible reducirla por maniobras de manipulación, y se hace necesario abrir quirúrgicamente para poder liberar el tejido fibroso-cicatricial que está impidiendo la reducción./ Por tanto, creo que, con toda rotundidad, se puede descartar que el personal de enfermería provocase una recidiva de la luxación. Mi impresión es que la lesión no estaba bien fijada previamente (si no, incluso, bien reducida) y se reluxó espontáneamente bastantes días antes (necesariamente dentro de las dos primeras semanas tras el 11-07), pero no fue detectada hasta el 30-08, fecha en la que ya muy probablemente la inflamación y el edema del pie habían cedido lo suficiente como para poner la deformidad de manifiesto”.

Finalmente, en cuanto “a la infección/intolerancia a las agujas”, afirma que “es un hecho bastante habitual (...) que ello ocurra a pesar de la profilaxis antibiótica, que en este caso fue correctamente aplicada (...). Lo que también es frecuente es la aparición de zonas de sufrimiento cutáneo, con necrosis incluso, en los traumatismos graves del pie, ya que la vascularización de las partes blandas se ve muy alterada debido al gran proceso inflamatorio que aparece, siendo en muchas ocasiones necesaria la intervención de los cirujanos plásticos”.

**13.** Mediante escrito notificado a la interesada el 15 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 20 de octubre de 2014, comparece la reclamante en las dependencias administrativas y se le hace entrega de una copia de la documentación obrante en el expediente.

**14.** El día 28 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reiterando los argumentos contenidos en el informe técnico de evaluación. Tras afirmar que “los hechos denunciados podrían estar prescritos”, señala, en cuanto al fondo del asunto, que “la reluxación sufrida por la paciente es una complicación posible en la fractura-luxación de Lisfranc, y además no ha podido establecerse que estuviese relacionada con las curas que le realizaron”, siendo la infección “una complicación posible en la cirugía a la que fue sometida (...), habiendo sido informada de esta circunstancia, tal como consta en el documento de consentimiento informado por ella firmado, no habiendo podido atribuirse a las condiciones del espacio, del instrumental o del material utilizado en la intervención”.

**15.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de diciembre de 2014, 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 30 de julio de 2013, cuestionándose por parte del órgano instructor la temporalidad del ejercicio de la acción, al entender que fue dada de alta en el Servicio de Rehabilitación el día 1 de julio de 2010, y que el 12 de agosto de ese mismo año "la propia demandante solicita al Servicio de Traumatología informe de alta de esa consulta en el que se especifique la artrosis del pie derecho".

Por lo que se refiere al cómputo del plazo de prescripción, este Consejo viene sosteniendo, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, que ha de operarse "de un modo flexible, antiformalista y favorable a los perjudicados" (Dictamen Núm. 79/2013). En el supuesto que analizamos cabría entender que el proceso asistencial que pudiéramos considerar "exclusivamente traumatológico" habría finalizado efectivamente en la fecha del alta del Servicio de Rehabilitación. Sin embargo, debemos reparar en que la interesada también imputa al servicio público sanitario la infección subsiguiente a la intervención practicada el día 3 de septiembre de 2009 como consecuencia de la relajación, y ese problema, que se describe en algunas ocasiones como "intolerancia/infección" tras la colocación de 8 agujas Kirschner, acarreó, según se relata en el informe técnico de evaluación, una intervención en noviembre de 2010 de "fístula crónica en dorso de pie derecho", realizándose un "desbridamiento de fibrosis e infección ósea en zona proximal 1.º metatarsiano y cobertura con colgajo en rotación de dorso de pie e injerto cutáneo". Finalmente, previas las consultas y revisiones que constan documentadas, ingresa "desde el 15-10-2012 al 21-10-2012" en la Fundación Hospital "Z" para practicar una nueva intervención quirúrgica "de retracción cicatricial de dorso de pie derecho (cicatriz retraída y umbilicada en zona dorso medial de pie derecho traumático pos-fístula cutánea en infección ósea", y es dada de alta en

la revisión efectuada el "14-12-2012", al comprobarse que "la herida está curada" y la "cicatriz estable sin clínica".

En consecuencia, dado que la reclamación se presenta con fecha 30 de julio de 2013, y que el alta del proceso subsiguiente a la cirugía (infección ósea, fístula crónica y retracción cicatricial) se produjo el día 14 de diciembre de 2012, 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.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 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.

**SIXTA.-** La interesada funda su reclamación en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, a la que imputa una manipulación inadecuada del pie derecho previamente intervenido, lo que le habría provocado una relajación de la articulación. Como consecuencia de ello precisó una nueva intervención quirúrgica para su reducción, a resultas de la cual sufrió un proceso infeccioso y una serie de complicaciones posteriores que detalla. Identifica un daño físico consistente en los días de ingreso hospitalario, impeditivos y no impeditivos derivados de ese nuevo proceso asistencial y las secuelas estéticas y funcionales, así como un daño moral.

A la vista de la documentación incorporada al expediente, no existe controversia sobre la realidad del proceso asistencial alegado, del que se derivan, *grosso modo*, alguno de los daños aducidos por la interesada, es decir, la necesidad de una reintervención del pie luxado y las posteriores complicaciones (intolerancia/infección); procesos asistenciales que se tradujeron en nuevos ingresos hospitalarios y en días empleados en la curación.

No obstante, acreditado un daño, hemos de recordar, tal como viene reiterando este Consejo, que el servicio público sanitario debe 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, 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos. Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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 el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

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

Se atribuye a la Administración la existencia de una atención sanitaria en la que la interesada identifica dos infracciones a la *lex artis* asistencial: la

primera, que atribuye a enfermería, habría consistido en la manipulación incorrecta del pie intervenido con ocasión de las curas, y la segunda, como consecuencia de haber sufrido una infección en la segunda intervención quirúrgica, y a la que alude manifestando que “en el centro no se dieron las medidas ni los niveles presumidos, bien a través de una malas condiciones del espacio, del instrumental, del material o de la mala praxis de los intervinientes”.

Sin embargo, pese a que incumbe a quien reclama la prueba de sus imputaciones, la reclamante no ha desarrollado la menor actividad probatoria de este nexo causal, ni siquiera en el trámite de alegaciones, de modo que este Consejo Consultivo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia del nexo causal referido sobre la base de la documentación clínica y de los informes médicos que obran en el expediente.

Por lo que se refiere a la primera imputación, los informes de los servicios implicados afirman que no se ha podido probar la relación causal entre las curas y la nueva luxación del pie intervenido. En efecto, la “hoja de enfermera/o” y la “de observaciones del curso clínico” correspondientes a los días 30 y 31 de agosto de 2008 tan solo reflejan las manifestaciones del marido de la interesada, quien afirma “que le han dicho” que la causa de la reluxación fue la mala manipulación en las curas de enfermería. Sin embargo, ninguna otra prueba al respecto se ha aportado, ni se ha propuesto. Junto a ello, debemos destacar que en el informe técnico de evaluación, con base en los informes médicos obrantes en el expediente, se afirma que reluxación de Lisfranc es una “complicación (...) posible tras el tratamiento de una fractura-luxación”. Por su parte, el informe pericial incorporado al expediente por la compañía aseguradora sostiene que “desde la intervención en Pontevedra (11-07) hasta que se detectó la reluxación (30-08) había pasado mes y medio, lo que hace impensable que una simple cura por personal de enfermería pudiera ser capaz de provocarla”, y ello, según explica, porque “una luxación (...) se considera irreductible por métodos cerrados a partir de las dos o tres semanas debido al natural proceso de cicatrización de los tejidos”. Añade que

pasados los primeros días “se hace necesario abrir quirúrgicamente para poder liberar el tejido fibroso-cicatricial que está impidiendo la reducción”. Por tanto, concluye que resulta “absolutamente imposible que una cura de enfermería, al cabo de mes y medio, pudiera provocar una recidiva de la luxación”.

El referido informe, junto con el resto de documentación relativa al proceso asistencial, fue sometido al oportuno trámite de audiencia sin que la perjudicada haya aportado dato o pericia alguna que pudiera cuestionarlo. A la vista de ello, y dado que no corresponde a este Consejo Consultivo sustituir opiniones o juicios médicos, consideramos que no existe prueba que acredite la infracción de la *lex artis* imputada, y que, contrariamente, la Administración explica de una forma concreta y razonada la imposibilidad de que los hechos se hubieran desarrollado como plantea la reclamante, atribuyéndolos más bien a una fijación inicial que considera “muy escasa”, dado que se realizó únicamente con tres agujas.

Respecto a la segunda infracción, resulta indudable que el riesgo de infección se contempla como uno de los típicos en el documento de consentimiento informado que suscribe la paciente, donde constan, entre otros, los de “lesión vasculo-nerviosa, infección, embolismo, trombosis, necrosis cutánea y otras derivadas de la cirugía”, habiendo sido clasificada en la valoración preanestésica como “ASA III” de un máximo de 5. Además, como ponen de manifiesto todos los informes obrantes en el expediente, la interesada ya había desarrollado una infección en el hospital de Pontevedra, y a su llegada al Hospital “X” se continuó con el tratamiento antibiótico pautado allí, que fue reforzado con un nuevo fármaco con ocasión de la intervención de la relajación. A ello debe añadirse el detallado informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital “X”, que da cuenta precisa del cumplimiento de todos los protocolos en materia de prevención de infecciones nosocomiales, y que concluye afirmando que “las complicaciones” de la perjudicada “no pueden ser debidas a las condiciones del espacio, del instrumental o del material utilizado en la intervención, y no se cumplen los criterios de causalidad entre la

operación y la infección”. En consecuencia, estimamos probado que a la reclamante se le aplicó la profilaxis antibiótica correcta con ocasión de la intervención quirúrgica para reducir la relajación. Igualmente, entendemos que la Administración ha acreditado el cumplimiento de los protocolos en materia de prevención de infecciones nosocomiales, sin que la perjudicada haya cuestionado ninguno de los datos aportados, lo que impide considerar probada la relación causal entre la actividad sanitaria y la infección padecida con ocasión de la intervención quirúrgica a la que hubo de ser sometida.

En definitiva, no apreciamos nexo causal entre los daños alegados y los procesos asistenciales que la interesada reprocha, por lo que la reclamación ha de ser desestimada.

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.