



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 5 5 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de mayo de 2021.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 211/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 26 de abril de 2019 mediante solicitud de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en un centro sanitario concertado del Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada cuantifica la indemnización en su reclamación en 22.836,42 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

También es parte en el procedimiento el centro concertado en el que la interesada se operó, (...), de acuerdo con el art. 196.1 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, que establece: *«Será obligación del contratista indemnizar todos los daños y perjuicios que se causen a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera la ejecución del contrato, así como de los apartados 3 y 4, en virtud de los cuales los terceros podrán requerir previamente, dentro del año siguiente a la producción del hecho, al órgano de contratación para que este, oído el contratista, informe sobre a cuál de las partes contratantes corresponde la responsabilidad de los daños y que la reclamación se formulará conforme al procedimiento establecido en la legislación aplicable a cada supuesto, en este caso, a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas».*

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. Este Consejo ya tuvo la oportunidad de pronunciarse sobre este procedimiento de responsabilidad patrimonial (Exp. 39/2021 IDS) en el Dictamen 90/2021, de 2 de marzo, en el que concluía que la Propuesta de Resolución, que desestimaba la pretensión resarcitoria, no se consideraba conforme a Derecho porque el derecho a reclamar había prescrito; pero, como la interesada no conocía tal extremo, se debían retrotraer las actuaciones con la finalidad de darle nuevo trámite de audiencia para

evitarle indefensión. Evacuado tal trámite y elaborada nueva Propuesta de Resolución, nada impide ahora que este Consejo se pronuncie sobre la misma.

II

1. La sucesión de hechos, según la reclamante, fue la siguiente:

El 30 de noviembre de 2017 fue intervenida de rodilla izquierda mediante artroscopia en (...). Es dada de alta el mismo día.

El 1 de diciembre de 2017, a las 8:30 horas, acude a retirar los vendajes sin ningún problema, pero en la madrugada del mismo día sufre una fuerte hemorragia que pudo controlar con ayuda de su hija.

El 2 de diciembre de 2017 le ocurre lo mismo, saliendo abundante sangre por los puntos de sutura. Acude a urgencias del Centro de Salud, donde añaden un punto más de sutura.

En los días siguientes le empieza a salir una especie de sangre putrefacta, acudiendo a (...). Allí le dicen que eso era normal, puesto que tenía que expulsar el agua que se utiliza en la intervención. Le indican como debe curarse la herida.

Pasan los días, la herida no mejora, sino que iba empeorando, expulsando además un líquido amarillento que empapaba los apósitos en dos horas. Además, los dolores en la rodilla iban en aumento.

A las dos semanas de la intervención le retiran los puntos de sutura en (...), y el médico la ve por primera vez desde que la operaron. Le comenta que todo lo que le ocurría era normal. Que todo había salido muy bien y que ya no necesitaba las muletas. Le indica Rehabilitación.

Al salir de la clínica, observa su pantalón manchado, por lo que vuelve a entrar, pero el médico no la quiso atender. Le atiende personal de la clínica que le colocan puntos de aproximación, que se cayeron el mismo día debido al drenaje de la herida.

- Tuvo que acudir a (...) varias veces por ese motivo, además del dolor cada vez más intenso que padecía. En todas esas ocasiones fue vista por otro facultativo [Dr. (...)], pues el que la intervino [Dr. (...)] no quiso o no pudo hacerlo.

El Dr. (...) también le informa de que el líquido que expulsaba era líquido sinovial, y que eso era normal, igual que el dolor. Recomienda el uso de rodillera y curas dos o tres veces en semana.

El 22 de diciembre de 2017 acude de nuevo a la clínica, y le muestra al Dr. (...) el apósito colocado por la mañana, que, a su juicio, se trataba de pus, y el coágulo de sangre que había expulsado.

Pero el Dr. (...) le sigue diciendo que era líquido sinovial. Y que era normal. Le coloca una grapa en la herida abierta.

El mismo día, por la tarde, decide acudir a urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), donde le realizan varias pruebas y le informan de que han de intervenirla de urgencia debido a que padecía una infección dentro de la articulación.

- El día 23 de diciembre de 2017 es intervenida, y le explican que debido a la infección, había perdido el cartílago, y el menisco estaba roto por su parte externa. Le recomiendan la implantación de prótesis.

A pesar de que la intervención fue un éxito, tuvo que pasar tres veces por quirófano. El día 26 de diciembre de 2017, el 4 de enero de 2018 y finalmente el día 19 del mismo mes y año.

El 1 de febrero de 2018 le dan el alta. Comienza Rehabilitación el día 20 del mismo mes y año, con alta el 10 de abril de 2018 por haber alcanzado la máxima mejoría.

El 13 de junio de 2018 el Servicio de COT del HUC emite informe en el que consta: *«artritis séptica RI tras cirugía artroscópica de rodilla en otro centro. Actualmente resuelta. Gonartrosis evolucionada. No candidata a artroplastia por riesgo aumentado de fracaso por infección protésica»*.

La interesada reclama por el retraso en diagnosticar la infección de rodilla tras intervención quirúrgica en (...), siendo finalmente diagnosticada y tratada en el HUC y necesitando para ello cuatro intervenciones posteriores.

2. Por su parte, el SIP, a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- La paciente de 52 años (en el momento de los hechos) y ama de casa, cuenta con antecedentes, a destacar de: obesidad, trastorno depresivo ansioso y fibromialgia, con dolor crónico generalizado de años de evolución, en tratamiento con fluoxetina, tramadol, tryptizol; cardiopatía hipertensiva e hipotiroidismo en

tratamiento, y cirugía mediante artroscopia de rodilla derecha (abril/2017) por condropatía (enfermedad degenerativa del cartílago) femoropatelar.

- Ya en Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de rodilla izquierda (09/02/2015) se informa de: severa ulceración y adelgazamiento del cartílago de la rótula, predominantemente en faceta externa con algunas erosiones subcondrales asociadas, que traducen severa condropatía grado 4. Lesiones condrales grado 2 del cóndilo femoral interno. Cambios degenerativos, osteofitos (signos artrósicos) y lesiones condrales grado 1 en ambos compartimentos femorotibiales. Bursitis pre e infrapatelar superficial. Rx de rodillas con gonartrosis tricompartmental (artrosis severa de rodillas).

- Dada la escasa respuesta al tratamiento conservador, desde el Servicio Canario de la Salud (SCS) se le había derivado, en virtud de concierto con Entidad Privada, a Hospital (...) (HHB) para cirugía mediante artroscopia de rodilla izquierda por presentar dolor importante y prolongado, con exploración física y por imagen (RMN y Rx) positivo para meniscopatía externa, gonartrosis y condropatía severa (enfermedad degenerativa osteocartilaginosa).

- Previo a la cirugía, en fecha 15/11/17, fue vista en Consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del HHB. En dicha consulta le es explicado las alternativas de tratamiento, el procedimiento quirúrgico, las consecuencias seguras del procedimiento, y los riesgos o complicaciones típicos de la intervención, quedando firmado el consentimiento informado (CI) para cirugía artroscópica de rodilla. Se le solicita el estudio preoperatorio.

- Tras las firmas de consentimientos informados preceptivos y estudios preoperatorios, en fecha 30/11/17, bajo anestesia epidural, le es realizada por el Traumatólogo: Dr. (...), la artroscopia de rodilla izquierda. El protocolo describe intervención realizada en decúbito supino, con isquemia neumática del miembro inferior izquierdo y la realización de asepsia y entallado. Durante la intervención se visualiza condropatía rotuliana grado III, lesiones condrales grado II en compartimento externo y rotura degenerativa de cuerpo del menisco externo. Se le realiza Shaving (afeitado) motorizado de lesiones condrales, meniscectomía parcial (regularización del menisco externo). Al finalizar se coloca apósito y vendaje. El control vascular se describe correcto. No se describen incidencias en el acto quirúrgico, ni durante el postoperatorio inmediato en el que hay una evolución adecuada, con analgesia efectiva, por lo que ese mismo día se le da el alta

hospitalaria, facilitando las recomendaciones sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas, así como de curas y control en Consultas de Traumatología.

- Al día siguiente (01/12/17) acude a primera cura. A la exploración presenta un poco de sangrado a la presión por uno de los puntos de sutura. Se le coloca apósito más compresivo con gasas.

- En fecha 02/12/17, es vista en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud, por presentar sangrado por herida quirúrgica. Al examen físico se observa punto de sangrado, que se sutura (en ocasiones al ir disminuyendo la inflamación de los tejidos intervenidos, los puntos quirúrgicos se aflojan, y puede haber sangrados). Se le coloca vendaje compresivo y se le aconseja seguir controles de la herida quirúrgica.

- En fecha 05/12/17, le es realizada cura de la herida quirúrgica en Atención Primaria. A la exploración no presenta signos de infección.

- En fecha 14/12/17, en consulta de control postquirúrgico, el Dr. (...) (Traumatólogo que le operó) describe portales (pequeñas incisiones de entrada) cicatrizados (se retiran puntos de sutura). Examen neurovascular distal conservado (sin alteraciones). Rodilla no ocupada (no presencia de derrame articular). Balance articular: 0 a 90°. Se solicita rehabilitación.

- En fecha 15/12/17, acude al Servicio de Urgencias del HHB, refiriendo sangrado por zona quirúrgica, tras la retirada de puntos de sutura. A la exploración física se observa apósito impregnado de material serosanguinolento. La herida quirúrgica no tiene puntos de sutura, se objetiva sana, sin signos de sangrado ni hemorragia activa. Se le indica uso de vendaje elástico, realizar curas diarias a través de Atención Primaria, y seguimiento por Médico de Familia y Traumatología.

- En fecha 16/12/17, acude al Servicio de Urgencias del HHB, refiriendo sangrado por herida quirúrgica. A la exploración general los signos vitales son normales al igual que la auscultación cardiopulmonar. La herida quirúrgica se describe abierta 1 cm. No se objetiva flogosis (no signos que sugieran inflamación/infección: no calor, enrojecimiento, inflamación, ni presencia de pus), ni sangrado en el momento de la exploración. Se le realiza radiografía que no muestra hallazgos significativos.

Se le realiza cura de la herida, aconsejando curas diarias y seguimiento por Médico de Familia y Traumatología, además de consultar si eventualidades.

- Tras el hematoma (sangrado por la herida quirúrgica). En fecha 18/12/17, se le realiza control en sala de curas (Consultas Externas de Traumatología del HHB). La herida no presenta exudado al examen físico. Se le realiza cura.

- En fecha 19/12/17, acude a nuevo control en Sala de Curas. Es valorada por el Traumatólogo Dr. (...) que observa seroma (acumulación y derrame de suero, es decir líquido seroso-claro que habitualmente se reabsorbe espontáneamente) con drenaje espontáneo por la herida quirúrgica. No signos de flogosis (no signos de inflamación-infección). Se le realiza cura antiséptica y se le aconseja uso de rodillera. Se le cita para nuevo control.

- En nuevo control realizado el 22/12/17, es valorada por Dr. (...), observándose salida de exudado seroso (no se describe exudado purulento o signos evidentes de inflamación-infección). Se le toma muestra de exudado para cultivo (se le realiza prueba para descartar infección). Se le sutura con un punto de grapa (la pequeña dehiscencia quirúrgica). Se cita para el 26/12/17, para control de evolución y de resultado de cultivo realizado.

- La paciente no vuelve a consultar ni en el Servicio de Urgencias, ni en Consultas de Traumatología del HHB, por empeoramiento, dudas, o para consultar el resultado de la prueba realizada, que resultó positiva para el germen *Staphylococcus epidermidis*.

- En fecha 23/12/17, ingresa en el Servicio de Traumatología a través del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) por dolor e impotencia funcional de la rodilla izquierda, refiriendo no poder apoyar la extremidad desde el día antes, y abundante exudado purulento. No fiebre. Al examen físico la rodilla izquierda se describe algo eritematosa, con salida espontánea de material purulento y dolor a la movilización activa y pasiva.

- Ese mismo día, ante la sospecha de Artritis séptica, previa firma de CI, se realiza lavado artroscópico mediante artroscopia de rodilla izquierda, observando exudación de líquido seropurulento por abordaje externo. Se toma muestra de líquido para cultivo y se realizan hemocultivos. Durante la artroscopia se objetiva hipertrofia sinovial prominente de características inflamatorias. Se realiza sinovectomía. Rotura degenerativa del menisco interno con parte de desinserción del mismo. Se realiza remodelación y compactación. Rotura parcial del ligamento cruzado anterior (LCA). Se toman muestras para laboratorio urgente. Se pauta antibioterapia empírica. Se pone vendaje compresivo. Buena recuperación vascular al retirar isquemia.

- En fecha 26/12/17, previa firma de CI, se le realizó lavado artroscópico mediante artroscopia. Sale inicialmente líquido seroso, se toman muestra para

estudio de infeccioso. Se entra en la articulación por portales hechos previamente. Se realiza lavado con abundante suero fisiológico. Se realiza desbridamiento intraarticular. Los ligamentos cruzados anterior y posterior se objetivan íntegros y competentes. Se describe úlcera condral grado IV en región femorrotuliana externa y artrosis grado 3 en compartimentos interno y externo. Se realiza sutura externa con grapas. No se describen complicaciones.

- Durante el ingreso es valorada por el Servicio de Infecciosas (Medicina Interna) que ajusta antibioterapia por cultivos positivos a *Staphylococcus epidermidis*. A pesar del tratamiento antibiótico, persiste el drenaje seropurulento por las heridas quirúrgicas, por lo que realiza nuevo lavado quirúrgico mediante artroscopia, previa firma del CI, en fecha 04/01/18. Previo al lavado se toma muestra del portal externo, líquido sinovial y sinovial para estudio microbiológico. Se realiza lavado artroscópico con abundante suero fisiológico. Se describe artropatía evolucionada grado IV de rótula, tróclea femoral, compartimentos femorales externo e interno y en espejo tibial. Meniscopatía degenerativa de menisco interno. Se realiza meniscectomía parcial. Rotura parcial del ligamento cruzado anterior.

- Luego de los lavados artroscópicos la paciente continúa con dolor intenso en la rodilla, datos de infección en el portal externo, corroborando la ecografía datos de ocupación articular, por lo que le es realizada artrotomía, previa firma del CI, en fecha 19/01/18. La artrotomía se realiza por abordaje anterior de rodilla. No se objetiva pus franca. Se observa hipertrofia sinovial tanto sana como desvitalizada a nivel de receso suprarrotuliano. Se toman muestras de líquido intraarticular, tejido de proceso suprarrotular, tejido intraarticular para Microbiología, y se toma muestra de sinovial para Anatomía Patológica. Se lava profusamente con abundante suero fisiológico. Se realiza cierre por planos. Se dejan redones (drenajes). Se sutura piel con grapas. Se coloca vendaje compresivo. El balance articular tras el cierre completo es de extensión 0° (completa) y flexión 100-120°.

- Posterior a la artrotomía evoluciona favorablemente, sin datos de infección, buen control del dolor y deambulando, por lo que se decide alta con antibioterapia oral y control de forma ambulatoria.

Causa alta el 01/02/18 con el diagnóstico de artritis séptica de rodilla izquierda. Al alta se dan las recomendaciones sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas, de seguimiento en Consultas de Traumatología, Medicina Interna (Infecciosas) y en curas, e indicaciones de continuar con ejercicios pautados en rehabilitación, y deambulación progresiva con ayuda de andadores o muletas.

- El 19/02/18 tiene control por Consulta de Infecciosas, finalizando antibioterapia.

- En consulta de Traumatología de fecha 28/02/18, se describe está en tratamiento fisioterápico dirigido. En la exploración presenta herida quirúrgica con buen aspecto, extensión casi total, flexión de 90°. Evolución clínica satisfactoria. Con los diagnósticos de Artritis séptica de rodilla izquierda tras Cirugía de artroscopia, actualmente resuelta y gonartrosis evolucionada, se le recomienda nuevo control para valorar evolución.

- En consulta de Traumatología de fecha 09/05/18, se describe que ha finalizado rehabilitación. A la exploración de la rodilla presenta extensión y flexión completa. Cicatrices quirúrgicas con buen aspecto. Presenta dolor compatible con patología degenerativa evolucionada que trata con analgesia.

Se solicita Rx en carga de ambas rodillas para valorar en próxima consulta.

- En consulta de Traumatología de fecha 24/10/18, refiere gonalgias en ambas rodillas. En la radiografía presenta gonartrosis bilateral, más acentuada en rodilla izquierda. Se ajusta analgesia. No se considera candidata a artroplastia (prótesis de rodilla) por riesgo aumentado de fracaso por infección protésica.

- En consulta de Traumatología de fecha 29/04/19, presenta gonalgia limitante por patología degenerativa evolucionada, caminado con cojera. Tiene flexión completa y extensión de menos 10°. Con el diagnóstico de Gonartrosis evolucionada severa limitante, se ajusta analgesia y se indica continuar con los controles de su patología degenerativa crónica de rodillas.

Sobre la base de este relato fáctico formula a continuación las siguientes consideraciones:

- Tal como indica el protocolo, la paciente, estaba informada y era conocedora de su patología de rodilla, con diagnóstico de Gonartrosis, meniscopatía y condropatía severas, (enfermedad degenerativa de la rodilla izquierda severa) y se le había indicado cirugía artroscópica de rodilla por presentar dolor importante y prolongado, tratamiento que en este tipo de lesiones es paliativo del dolor (unos pocos meses antes se había operado de la rodilla derecha, menos afectada, por igual patología).

- En cumplimiento de las normas vigentes y como parte del protocolo, en consulta de Traumatología, previa a la cirugía, la paciente fue valorada,

informándose sobre la cirugía artroscópica de la rodilla y siendo entregado el documento de consentimiento informado (CI). Documento avalado por la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

- En dicho documento queda recogido las consecuencias seguras del procedimiento, constando que en presencia de lesión meniscal, se extirpará total o parcialmente los meniscos, con el cese de su función de amortiguación, lo que predispone al desgaste precoz de la articulación. Se le informa que después de la intervención presentará inflamación, derrame en la articulación, más o menos importante y molestias en las zonas de las heridas debido a la cirugía y proceso de cicatrización, que puede prolongarse algunas semanas o meses.

- Asimismo queda informada de los riesgos o complicaciones típicos de este tipo de cirugía, constando entre ellos: derrame articular, en presencia de lesiones degenerativas asociadas, como es el caso de esta paciente, la persistencia o incremento de las molestias (dolor), propias de tal patología. Infección articular, que precisará de nuevas intervenciones y podría dejar graves secuelas de rigidez/dolor. Obstrucción venosa, hinchazón de la pierna. Lesión de vasos sanguíneos o de nervios de la pierna. Rigidez y dolor de la rodilla severos, inflamación importante, descalcificación, atrofia, por los que precisaría de largos períodos de rehabilitación. En raras ocasiones la obstrucción venosa con formación de trombos podría causar una embolia pulmonar que puede conducir a la muerte.

Con la firma del CI, se deja constancia de que la paciente había sido informada, conocía, comprendía y asumía las consecuencias de la intervención, y los riesgos o complicaciones comunes e inherentes de la cirugía artroscópica de la rodilla.

Y, en fin, ya para terminar, alcanza el SIP en su informe las siguientes conclusiones:

1.- De forma programada, la paciente fue intervenida en fecha 30/11/17 por el Servicio de Traumatología del HHB. Durante la intervención, realizada conforme a protocolo quirúrgico, se objetivan lesiones condrales (degenerativas) severas y rotura degenerativa del menisco externo por lo que se afeitaron las lesiones condrales y se extirpó parcialmente el menisco externo roto (Se regulariza el menisco roto y se afeitan los cartílagos desgarrados). Durante la cirugía y el postoperatorio inmediato no se presentan incidencias, por lo que tras evolución favorable, la paciente es dada de alta con las recomendaciones farmacológicas, no farmacológicas, y de seguimiento en consultas y curas.

Los protocolos han sido respetados, la actuación ha sido conforme a las buenas prácticas.

2.- Los dos días posteriores presenta sangrado por un punto de sutura por lo que primeramente se realiza de forma adecuada, compresión con gasa y posteriormente refuerzo con un punto de sutura, remitiendo dicho sangrado. La lesión de vasos sanguíneos es algo inherente a la cirugía, contemplado en el documento de CI. La actuación en ambos casos es adecuada y consigue controlar la situación.

3.- Durante el seguimiento postquirúrgico posterior, se le realizaron curas, no observándose signos de complicaciones. En control por Traumatología de fecha 14/12/17, fue valorada por el Dr. (...) (Médico que practicó la cirugía), observando cicatrización de las heridas (pequeñas incisiones o portales de entrada), quedando retirados los puntos de sutura. No se objetivan alteraciones neurovasculares, ni derrame articular. El balance articular está limitado, no superando la flexión los 90°, por lo que se solicita rehabilitación. El seguimiento postquirúrgico era adecuado no mostrando signos de infección ni ocupación de la articulación, y objetivándose buena cicatrización. La rigidez posterior a la cirugía en una rodilla con alteraciones degenerativas severas era lo esperado, motivo por el cual se indica rehabilitación. La actuación sanitaria es adecuada conforme a la clínica y al momento de su evolución.

4.- De igual forma se continuó con el seguimiento de su evolución postquirúrgica, en la que la paciente consulta por sangrados serosanguinolentos, y pequeña dehiscencia de la herida en su proceso de cicatrización. En todas las valoraciones realizadas por diferentes médicos, incluido el Traumatólogo Dr. (...), no se objetivan signos de infección/inflamación (no calor, ni enrojecimiento o tumefacción, ni presencia de pus). La presencia de sangrados (descrito como líquido serosanguinolento) o derrames de líquido intraarticular (descrito como líquido seroso claro), tuvieron seguimiento y curas en la que no se evidenciaron signos de infección y se tomó muestra para cultivo, para descartar la presencia de gérmenes, por lo que la actuación con seguimiento evolutivo de la herida para detectar cambios que sugirieran la presencia de infección, la toma de muestra del exudado de la herida para descartar la presencia de gérmenes, y su cierre, fue adecuado y coherente en su contexto evolutivo, por lo que considero que la asistencia prestada, las pruebas diagnósticas, y las recomendaciones realizadas eran ajustadas a la clínica de la paciente en cada momento.

5.- En el cultivo microbiológico realizado del exudado de la herida se aisló la bacteria *Staphylococcus epidermidis*, bacteria que forma parte de la microbiota normal de la piel (de la propia flora de la paciente), pero en determinadas condiciones como puede ser las cirugías, pueden infectar la herida quirúrgica. Las infecciones del sitio operatorio es una de las complicaciones más frecuentes tras cualquier cirugía y es uno de los motivos por los que tras las intervenciones se realiza un seguimiento, consistente en la vigilancia de la herida quirúrgica, ya que la observación directa, sigue siendo el examen más importante para el control de infecciones. Vigilancia que en este caso se hacía por el Servicio de Traumatología del HHB, por lo que considero que el seguimiento se hacía conforme a las buenas prácticas, poniéndose a su disposición los medios precisos en función de la clínica y de las necesidades de la paciente.

6.- La infección de la herida quirúrgica es una complicación común que la paciente conocía, comprendía y había asumido con la firma del CI. Con posterioridad a la última consulta realizada, con toma de muestra para cultivo en el HHB, la paciente voluntariamente, no vuelve a consultar en ese hospital, sino que ante la presencia de empeoramiento del dolor, impotencia funcional que antes no tenía y drenaje de pus (no presente anteriormente según los exámenes físicos realizados) consulta al Servicio de Urgencias del HUC, donde es valorada por Traumatología, que tras evidenciar signos de infección (rodilla izquierda eritematosa, con salida espontánea de material purulento y dolor a la movilización activa y pasiva), decide realizar lavado artroscópico mediante cirugía artroscópica de la rodilla (23/12/17), tomándose muestras para cultivos y prescribiendo tratamiento antibiótico empírico. Siempre consideramos que, a posteriori, sería fácil con todos los datos de la enfermedad presentados, lograr un diagnóstico de certeza, pero ello no significa, que las decisiones tomadas con anterioridad en función de la sintomatología disponible de la enfermedad fuesen indicativas de mala praxis: con anterioridad no había mostrado signos de infección y además se había actuado prudentemente, realizando cultivo de la herida para descartar la presencia de gérmenes.

7.- Durante su evolución hospitalaria en el HUC se le realizaron los tratamientos que precisó y se aplicaron todas las medidas no farmacológicas necesarias, poniendo a su disposición todos los medios y recursos necesarios en función de sus necesidades. Durante su evolución se le realizaron tres lavados articulares mediante artroscopia y una artrotomía (cirugía abierta para limpieza de la articulación). Las actuaciones terapéuticas (también contempladas en el documento de CI) resolvieron la infección por *Staphylococcus epidermidis*, y con la rehabilitación recuperó la funcionalidad,

pero ha persistido el dolor y las alteraciones degenerativas severas ya presentes con anterioridad a la cirugía, estando diagnosticada en la actualidad de gonartrosis evolucionada severa limitante.

8.- La persistencia o empeoramiento del dolor tras la cirugía de artroscopia de rodilla, en pacientes como ella, con lesiones degenerativas severas, son complicaciones informadas, conocidas, comprendidas y asumidas por la paciente, con la firma del CI.

9.- La asistencia prestada, las pruebas diagnósticas y las recomendaciones realizadas fueron ajustadas a la clínica del paciente, y por tanto, no calificable de defectuosa o contraria a las buenas prácticas.

3. Con fecha de 19 de agosto de 2020 se dicta acuerdo probatorio y abre el trámite de audiencia, confiriendo a las partes un plazo de 10 días a fin de que pudiesen formular alegaciones, aportar documentos y las justificaciones que tuviese por conveniente, sin que comparecieran al trámite.

4. Retrotraídas las actuaciones, la interesada en el nuevo trámite de audiencia dado se opone a la prescripción, alegando que las fechas relevantes a fin de determinar el inicio del cómputo de tal instituto son, por una parte, el 13 de junio de 2018, cuando se definieron totalmente sus secuelas, ya que el Servicio COT del HUC hace constar *«artritis séptica de RI tras cirugía artroscópica de rodilla en otro centro. Gonartrosis evolucionada. No candidata a artroplastiar riesgo aumentado de fracaso por infección protésica»*, mientras que, por otra, el 10 de abril de 2018, cuando se le dio el alta por máxima mejoría en la rehabilitación a la que debió someterse.

La interesada alega que esta rehabilitación fue necesaria para su proceso curativo y por lo tanto, el inicio del cómputo no puede iniciarse hasta el día en que la obtiene.

5. La Propuesta de Resolución, en contra del parecer vertido en el referido Dictamen 90/2021, se decanta por que, *«efectivamente, en este caso, no existe prescripción, ya que hasta el momento en que la paciente no recibe el alta de la rehabilitación su proceso curativo no queda determinado. Es decir, sus secuelas no pueden considerarse fijadas hasta que recibe el alta. Es en ese momento cuando alcanza su máxima mejoría y recupera la funcionalidad. En consecuencia, no se trata de una rehabilitación paliativa o cuyo fin es únicamente mejorar la calidad de vida de la paciente, se trata de un tratamiento rehabilitador curativo, por lo que debe ser el 10 de abril de 2018, el día a quo*

a partir del cual se inicia el cómputo de un año de prescripción. El fin de plazo, o días ad quem, se situaría el 10 de abril de 2019 y dado que la reclamación se presentó el 9 de abril de 2019, no cabe considerarla extemporánea».

Por ello, entra en el fondo del asunto, desestima la reclamación al entender que la asistencia prestada, las pruebas diagnósticas y las recomendaciones realizadas fueron ajustadas a la clínica del paciente, y por tanto, no calificable de defectuosa o contraria a las buenas prácticas; en suma, se desestima porque se actuó conforme a la «*lex artis ad hoc*» en cada momento, sin que se apreciase la existencia de demora, error de diagnóstico, ni negligencia alguna en el seguimiento de la intervención sino que los daños fueron consecuencia de la materialización de uno de los riesgos (infección) previstos en el consentimiento informado que, con carácter previo a la cirugía, firmó la interesada.

III

1. Este Consejo se mantiene en la tesis de que la interesada ejerció su reclamación, superado el año establecido para ello.

A) En el sentido expuesto, en efecto, nos manifestamos en nuestro precedente Dictamen 90/2021, antes citado, y recaído justamente con motivo de este asunto:

“1. Antes de entrar en el fondo de la cuestión planteada, sin embargo, hemos de analizar si, de acuerdo con el art. 67.1 LPACAP, el derecho a reclamar se ha ejercido dentro del año de haberse producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, si bien, conforme dispone el propio precepto, 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.

Como hemos expuesto en otras ocasiones, es preciso recordar que la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008, entre otras, dispuso:

«La acción de responsabilidad patrimonial de la Administración debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 142 y 4.2, respectivamente, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y del Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, en el plazo de un año computado a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Ello es una consecuencia de la adaptación de la regla general de prescripción de la acción de responsabilidad del artículo 1.902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la “actio nata” recogido en el artículo 1.969 de dicho texto legal, desde el momento en que la acción pudo efectivamente ejercitarse (...)

Por lo tanto el "dies a quo" para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto (Sentencia de 31 de octubre de 2000) o, en otros términos "aquel en que se objetivan las lesiones o los daños con el alcance definitivo" (STS de 14 de febrero de 2006)».

La Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 (RC 4399/2017), dictada recientemente y recaída ya bajo la vigencia del nuevo régimen legal del recurso de casación, acaba de confirmar esta doctrina.

La jurisprudencia viene así a consolidar el criterio de que el plazo de prescripción no comienza a computarse, según el principio de la «actio nata», sino a partir del momento en que la determinación de los daños es posible, y esta circunstancia sólo se perfecciona cuando se tiene cabal conocimiento del daño y, en general, de los elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción.

Por su parte, las sentencias de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, distinguen entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aun los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el «dies a quo» será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance».

Con posterioridad hemos venido dictaminando en la misma línea resaltando, por ejemplo, en el reciente Dictamen 115/2021, de 11 de marzo, la particular relevancia que tiene la STS 463/2019, de 4 de abril (RC 4399/2017), a la que nos referíamos en dicho Dictamen y concluíamos efectivamente así: «Con base en cuanto ha quedado expuesto, la respuesta a la cuestión planteada no puede ser otra, en aplicación del art. 142.5 Ley 30/92 y ratificando nuestra jurisprudencia, que declarar que el "dies a quo" del cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de una acción de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados por una prestación médica de los servicios públicos (o, como en este caso, de una Mutua laboral) es el de la fecha de curación, o como aquí acontece, desde la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas, con independencia y al margen de que, con base en esas mismas secuelas, se siga expediente para la declaración de incapacidad y cualquiera que sea su resultado».

B) En el presente caso, se reclama por los daños y perjuicios ocasionados por el retraso en diagnosticar la infección de rodilla tras intervención quirúrgica en (...),

siendo finalmente diagnosticada y tratada en el HUC y necesitando para ello cuatro intervenciones posteriores.

Sin embargo, la interesada tuvo conocimiento de ese retraso en el diagnóstico de la infección de rodilla tras intervención quirúrgica en (...) como muy tarde cuando causa alta el 1 de febrero de 2018 en el HUC con el diagnóstico de artritis séptica de rodilla izquierda. En consulta de Traumatología de fecha 28/02/18 se informan los diagnósticos de Artritis séptica de rodilla izquierda tras Cirugía de artroscopia, gonartrosis evolucionada, se le recomienda nuevo control para valorar evolución.

En posteriores consultas, se describe que ha finalizado rehabilitación, presentando la rodilla extensión y flexión completa, cicatrices quirúrgicas con buen aspecto, dolor compatible con patología degenerativa evolucionada que trata con analgesia (09/05/18).

Se solicita Rx en carga de ambas rodillas para valorar en próxima consulta, cuando se refiere gonalgias en ambas rodillas. En la radiografía presenta gonartrosis bilateral, más acentuada en rodilla izquierda. Se ajusta analgesia. No se considera candidata a artroplastia (prótesis de rodilla) por riesgo aumentado de fracaso por infección protésica (24/10/18).

El 29/04/19 presenta gonalgia limitante por patología degenerativa evolucionada, caminado con cojera. Tiene flexión completa y extensión de menos 10°. Con el diagnóstico de Gonartrosis evolucionada severa limitante, se ajusta analgesia y se indica continuar con los controles de su patología degenerativa crónica de rodillas.

Es decir, que desde el 28/02/18 ya la interesada sabe que está diagnosticada de artritis, gonartrosis y gonalgia, sin que en las posteriores fechas haya patologías ni secuelas nuevas.

Ese es, por tanto, el «*dies a quo*» o día de inicio del plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad, porque, como se dijo, según el principio de la «*actio nata*», es a partir de ese momento en que la determinación de los daños es posible - en este caso, cuando supo que tenía una infección no diagnosticada en (...), que le produjo artritis séptica de rodilla izquierda, gonartrosis evolucionada, con dolor-, y, por tanto, cuando se puede reclamar puesto que ya se conocen todos los elementos de orden fáctico y jurídico para el ejercicio de la acción, no teniendo relevancia las fechas de posteriores tratamientos rehabilitadores, sean paliativos o no, ni de reconocimientos de situaciones de incapacidad.

Siendo, por tanto, la fecha de la determinación del alcance de las secuelas el 1 de febrero de 2018 y habiéndose presentado la reclamación el 26 de abril de 2019, es evidente que se ha superado el plazo de prescripción de un año establecido en el art. 67.1 LPACAP.

En el supuesto que nos ocupa, la cuestión relativa a la prescripción se ha sido ya puesta en conocimiento de la interesada quien ha dispuesto así de la oportunidad de defenderse, con lo que se ha evitado de este modo incurrir en todo género de indefensión en el curso de este procedimiento. Ahora bien, al margen de la expresada circunstancia, y de acuerdo con lo antes expuesto, no ha de ser óbice ello para tener que venir ahora a reiterar nuestro pronunciamiento en los términos en que lo hicimos la ocasión precedente (Dictamen 90/2021), con base en la aplicación de una doctrina que, como ya vimos, ha venido a recibir reciente refrendo jurisprudencial en el ámbito de la jurisdicción contencioso-administrativa (STS 4 de abril de 2019 RC 4399/2017).

Por tanto, debido a ello, hemos de concluir ahora también que la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues la reclamación se presentó extemporáneamente. Y así lo debió constatar la citada Propuesta de Resolución sin entrar en el fondo del asunto. En el mismo sentido nos pronunciamos recientemente en nuestro Dictamen 62/2021, de 18 de febrero.

2. No obstante lo anteriormente expuesto, a mayor abundamiento, se formulan las consideraciones que siguen en cuanto al fondo del asunto:

A) Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 64/2020, de 18 de febrero), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC-, requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el «*onus probandi*» de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia

de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el «*onus probandi*» a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

La Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades.*

Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (RC 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara también: *«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del*

resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

De lo anterior se desprende, pues, que cumple a los facultativos prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso con los medios adecuados a su alcance, pero no garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

B) En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en el retraso en diagnosticar la infección de rodilla tras intervención quirúrgica en (...), siendo finalmente diagnosticada y tratada en el HUC y necesitando para ello cuatro intervenciones posteriores.

Sin embargo, sin la constatación de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación del nexo causal entre los daños por los que reclama y el supuesto retraso en diagnosticar la infección de rodilla no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta las alegaciones de la reclamante. Así, en el informe del SIP se afirma que la paciente estaba informada y era conocedora de su patología de rodilla, con diagnóstico de gonartrosis, meniscopatía y condropatía severas (enfermedad degenerativa de la rodilla izquierda severa), y se le había indicado cirugía artroscópica de rodilla por presentar dolor importante y prolongado, tratamiento que en este tipo de lesiones es paliativo del dolor (unos pocos meses antes se había operado de la rodilla derecha, menos afectada, por igual patología).

En consulta de traumatología, previa a la cirugía, la paciente fue valorada, informándose sobre la cirugía artroscópica de la rodilla y siendo entregado el documento de consentimiento informado. Se le informa que después de la intervención presentará inflamación, derrame en la articulación más o menos importantes y molestias en las zonas de las heridas debido a la cirugía y proceso de cicatrización, que puede prolongarse algunas semanas o meses. También queda informada de los riesgos o complicaciones típicos de este tipo de cirugía, ente las

que destaca infección articular, que precisará de nuevas intervenciones y podría dejar graves secuelas de rigidez/dolor.

Como ya dejamos consignado, el SIP, a la vista de la historia clínica de la paciente y del informe preceptivo de (...), alcanza unas conclusiones de las que ahora cumple retener los siguientes extremos:

- Tras la intervención del 30 de noviembre de 2017, realizada conforme a protocolo quirúrgico, se objetivó lesiones condrales (degenerativas) severas y rotura degenerativa del menisco externo por lo que se afeitaron las lesiones condrales y se extirpó parcialmente el menisco externo roto. El sangrado que presenta los dos días posteriores se sutura, remitiendo dicho sangrado. La lesión de vasos sanguíneos es algo inherente a la cirugía, contemplado en el documento de CI.

- Durante el seguimiento postquirúrgico se le realizaron curas, sin signos de complicación. No se objetivan alteraciones neurovasculares, ni derrame articular. El balance articular está limitado, no superando la flexión los 90°, por lo que se solicita rehabilitación. El seguimiento postquirúrgico era adecuado no mostrando signos de infección ni ocupación de la articulación, y objetivándose buena cicatrización. La rigidez posterior a la cirugía en una rodilla con alteraciones degenerativas severas era lo esperado, motivo por el cual se indica rehabilitación.

- En todas las valoraciones realizadas por diferentes médicos no se objetivan signos de infección/inflamación (no calor, ni enrojecimiento o tumefacción, ni presencia de pus). La presencia de sangrados (descrito como líquido serosanguinolento) o derrames de líquido intraarticular (descrito como líquido seroso claro), tuvieron seguimiento y curas en la que no se evidenciaron signos de infección (incluso se tomaron muestras para cultivo, para descartar la presencia de gérmenes), por lo que se considera que la asistencia prestada, las pruebas diagnósticas, y las recomendaciones realizadas eran ajustadas a la clínica de la paciente en cada momento.

- En el cultivo microbiológico realizado del exudado de la herida se aisló la bacteria *Staphylococcus epidermidis*, que forma parte de la microbiota normal de la piel (de la propia flora de la paciente), pero en determinadas condiciones, como puede ser una cirugía, puede infectar la herida quirúrgica. La infección de la herida quirúrgica es una complicación común que la paciente conocía, comprendía y había asumido con la firma del CI.

- Con posterioridad a la última consulta realizada, con toma de muestra para cultivo en el (...), la paciente voluntariamente, no vuelve a consultar en ese hospital, sino que ante la presencia de empeoramiento del dolor, impotencia funcional que antes no tenía y drenaje de pus (no presente anteriormente según los exámenes físicos realizados) consulta al Servicio de Urgencias del HUC, donde es valorada por Traumatología, que tras evidenciar signos de infección (rodilla izquierda eritematosa, con salida espontánea de material purulento y dolor a la movilización activa y pasiva), decide realizar lavado artroscópico mediante cirugía artroscópica de la rodilla (23/12/17), tomándose muestras para cultivos y prescribiendo tratamiento antibiótico empírico.

De lo anterior se desprende, así las cosas, que la reclamante no solo no ha probado lo que alega (que los daños por los que reclama son consecuencia en el retraso de diagnosticar la infección de rodilla), sino que de los informes y documentación obrante en el expediente se desprende que en (...) no se observó la presencia de infección.

Antes al contrario, se le realizaron todas las pruebas necesarias y las curas pertinentes de acuerdo con la sintomatología presentada y con la evidencia científica disponible, por lo que se ha respetado la *«lex artis ad hoc»*, descartándose una inadecuada asistencia por demora en el diagnóstico de una infección que nunca se evidenció en las visitas realizadas al Centro (...).

A la vista de todo lo anterior, se concluye, coincidiendo con la Propuesta de Resolución, que no hubo pérdida de oportunidad, pues de haber acudido al mismo centro de (...), le hubieran detectado y tratado la infección.

En este sentido y en supuestos como el que nos ocupa, la doctrina del Tribunal Supremo es clara al mantener esta «prohibición de regreso» a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial. Así, por ejemplo, en las Sentencias TS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007 se afirma que:

«todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico».

Estas consideraciones, incluidas las referentes a la pérdida de oportunidad, son aplicables a este supuesto, ya que como hemos venido manteniendo desde el Dictamen 393/2015, *«en modo alguno se puede considerar el diagnóstico inicial incorrecto*

en atención a los síntomas que presentaba la interesada en el momento de formularse el mismo, que es cuando corresponde realizar su valoración y no cuando han aparecido los síntomas finales de la evolución de un enfermedad concreta y perfectamente determinada», como es el caso.

En definitiva, de lo relatado se deriva que la atención sanitaria recibida por la interesada se ha ajustado a la «*lex artis ad hoc*», ya que se realizaron las pruebas necesarias (intervención y seguimiento postquirúrgico con curas y pruebas analíticas) a la vista de la sintomatología que presentaba, no apreciándose mala praxis, siendo las secuelas apreciadas consecuencia de la evolución de la intervención quirúrgica realizada a la vista de las patologías que presentaba; además, la infección que presentó en centros propios del SCS es una secuela contenida en el Consentimiento Informado que firmó la interesada.

Tanto esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la «*lex artis ad hoc*», como la prohibición de regreso, como la firma del consentimiento informado por parte de la interesada, rompen el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio.

C O N C L U S I Ó N

Conforme a lo expuesto en el Fundamento III de este Dictamen, y sin perjuicio de las consideraciones que asimismo se formulan (apartado segundo), se estima, en virtud de lo indicado en su apartado primero, que la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho.