

Expediente Núm. 47/2016
Dictamen Núm. 93/2016

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 14 de abril de 2016, 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 4 de febrero de 2016 -registrada de entrada el día 11 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 2 de abril de 2014, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario.

Expone que el 23 de enero de 2012 fue sometido a una intervención de "ligamentoplastia por el Servicio de Traumatología del Hospital (para reparar una rotura crónica del ligamento cruzado anterior de su rodilla izquierda), produciéndose una infección de dicha plastia y precisando posteriormente una artrotomía para lavados articulares".

Señala que a pesar de ello "la infección se propagó al hueso poplíteo y región intergemelar, lo que requirió primero de un drenaje y más tarde de un desbridamiento agresivo y antibioterapia local (durante 13 días) y general (unos 5 meses hasta agosto de 2012), y realización de 44 sesiones de rehabilitación entre el 23-4-2012 y el 13-08-2012. Durante este proceso de artritis séptica de la rodilla se generó una gonartrosis y osteopenia (...) con gran dolor e impotencia funcional, lo que condujo a tener que efectuarle una artroplastia total el 7-2-2013./ Tras la misma efectuó otras 12 sesiones de rehabilitación entre el 11-3-2013 y el 4-4-2013 (...), debiendo mantener con posterioridad analgesia de tercer escalón sin lograr (...) su retirada, por lo que en septiembre (de) 2013, y dada su situación clínica, se solicita valoración por la Unidad de Dolor Crónico" del Hospital "para intentar un ajuste de la medicación (...). El 14 de junio de 2013 en el Servicio de Traumatología del Hospital se da la lesión por estabilizada con secuelas, con importante limitación funcional y necesidad de medicación analgésica de tercer escalón".

Añade que por Resolución de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 6 de mayo de 2013 se le reconoce una incapacidad permanente en el grado de total para la profesión habitual, que, según indica, se encuentra "recurrida al solicitar vía Juzgado de lo Social una incapacidad permanente en grado de absoluta (...), estando fijada la vista para el próximo mes de abril de 2014".

Manifiesta que "la relación causa efecto entre la intervención de la ligamentoplastia y la infección sobrevenida y posteriores complicaciones de osteoartrosis no se ha puesto nunca en duda y se reconoce en todos los informes emitidos por los Servicios de Traumatología y de Rehabilitación del

Hospital”, y estima que se cumplen los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Valora el daño ocasionado en trescientos trece mil ciento noventa y un euros con diecisiete céntimos (313.191,17 €), que desglosa en los siguientes conceptos: 70 días de hospitalización, 5.028,80 €; 216 días improductivos, 12.616,56 €; un 10% de factor de corrección, 1.764,53 €; 25 puntos de secuelas físicas, 35.293,75 €; 15 puntos de perjuicio estético, 16.575,60 €; un 10% de factor de corrección sobre las secuelas, 5.186,93 €; incapacidad permanente absoluta, 191.725 €, y adaptación de la vivienda, 45.000 €.

Propone como medios de prueba la aceptación de los documentos aportados y del informe pericial que acompaña a su solicitud.

Adjunta, entre otros, copia de los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Traumatología del Hospital, de 26 de enero de 2012, en el que consta que “el día 23-1-12 se realiza ligamentoplastia LCA rodilla izquierda con injerto autólogo gracilis + semitendinoso y XO Button” como consecuencia de una “rotura crónica LCA rodilla izquierda”. b) Informe del Servicio de Urgencias, de 28 de enero de 2012, en el que se recoge que el “paciente (...) refiere dolor a nivel de rodilla izda. y cadera izda. tras (intervención quirúrgica) (...). Herida tibial con exudado verdoso y flictenas”, con impresión diagnóstica de “hemartros rodilla I posoperada” y el tratamiento de “artrocentesis”. c) Informe del Servicio de Traumatología, de 21 de febrero de 2012, en el que figura como motivo de ingreso “infección plastia LCA rodilla izquierda”, señalándose que “el 1-02-2012 se procede a lavado articular rodilla izquierda mediante artrotomía medial y, ante la persistencia del cuadro clínico, el 07-2-2012 se procede a nuevo lavado articular más extracción de la plastia XO Button. Durante su ingreso el paciente recibió (tratamiento) antibiótico intravenoso”. d) Informe del Servicio de Traumatología, de 2 de marzo de 2012, que acredita un nuevo ingreso por “fiebre y dolor en pantorrilla” izquierda, con la impresión diagnóstica de “absceso pantorrilla izquierda”, por lo que “el 23-2-12 se realiza drenaje del absceso”. e) Informe del mismo Servicio, de 4 de abril de 2012, que

constata un nuevo ingreso por "recaída infección ligamentoplastia LCA" izquierda, precisándose que "el 16-3-12 se realiza desbridamiento agresivo de toda la zona intergemelar y la rodilla con colocación de rosarios de Septopal con gentamicina (...). Antibioterapia" intravenosa. f) Informe del Servicio de Traumatología, sin fecha, en el que se consigna "paciente con secuelas de artritis séptica de rodilla derecha (...). La única opción en este momento es la artroplastia total". g) Informe del referido Servicio, de 20 de febrero de 2013, según el cual "el 7-2-13 se realiza artroplastia total de rodilla izda. apex posteroestabilizada". h) Informe del Servicio de Traumatología, de 18 de marzo de 2013, en el que se señala que "por el momento, y probablemente de manera permanente, el paciente está incapacitado para cualquier tipo de actividad física que requiera la participación de la extremidad afectada, aunque es preciso esperar al final del periodo rehabilitador para determinar las secuelas". i) Resolución de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 6 de mayo de 2013, por la que se reconoce al perjudicado una "incapacidad permanente en el grado de total para la profesión habitual". j) Informe del Servicio de Rehabilitación, de 29 de mayo de 2013, en el que se indica que, "dada la situación y la percepción, junto con el paciente, de la estabilización de su lesión se decide finalizar el programa de tratamiento en la Unidad./ En estos momentos (...) presenta limitación total para actividades que impliquen bipedestación prolongada, marcha intensa, manejo de cargas y mantenimiento de posturas forzadas". k) Informe del Servicio de Traumatología, emitido el 14 de junio de 2013, en el que se refleja que se da "la lesión por estabilizada con secuelas, presentando incapacidad para cualquier tipo de actividad física que requiera la participación de la extremidad afectada, sea bipedestación o sedestación prolongadas, deambulación, posturas forzadas o mantenidas, así como el manejo de carga a cualquier nivel./ Para desplazarse precisa de manera permanente dos bastones ingleses o silla de ruedas". l) Informe pericial, realizado el 31 de marzo de 2014

por un especialista en Valoración del Daño Corporal, y en el que no figura la firma.

2. Mediante escrito notificado al perjudicado el 14 de abril de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previo requerimiento efectuado por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación, el día 6 de mayo de 2014 el Director Económico y de Recursos Humanos del Área Sanitaria VIII le remite una copia de la historia clínica y el informe elaborado por el Servicio de Traumatología del Hospital En el citado informe, fechado el 26 de abril de 2014, se indica que "el día 23-1-12 el paciente (...), que padecía una rotura crónica sintomática del ligamento cruzado anterior de su rodilla izquierda, es intervenido, realizándosele una ligamentoplastia con injerto autólogo tendinoso (semitendinoso y recto interno), fijada con un implante (XO Button) mediante la técnica habitual. La intervención cursa con normalidad (...). Es alta el 26-1-12 (...). El 28-1-12 acude a Urgencias por cuadro de hemartros (...), se repite artrocentesis y es hospitalizado. El 31-1-12 se obtiene crecimiento de *Staphylococcus aureus* (...). En ese momento comienza con tratamiento antibiótico intravenoso según antibiograma, y el 1-2-12 se realiza artrotomía medial para lavado de la articulación, preservando el injerto. La clínica persiste (...), por lo que el 7-2-12 se realiza nueva intervención consistente en nuevo lavado articular, desbridamiento y extracción del injerto y su anclaje. Se inicia entonces tratamiento antibiótico intravenoso en terapia combinada y a dosis altas (...). Evoluciona correctamente, por lo que es alta el 21-2-12 con antibioterapia vía oral (...). El (...) mismo día del alta acude de nuevo por Urgencias con nueva clínica: fiebre y dolor en la zona gemelar izquierda. Es

ingresado para estudio. En Tac que se realiza el 23-2-12 se objetiva un absceso en hueso poplíteo de 8 x 5 cm. Ese mismo día se realiza drenaje quirúrgico del absceso (...). Es alta el 2-3-12 (...). Se realizan controles clínicos (...) en los que no se apreció empeoramiento clínico o analítico, sí un mal control analgésico (...). El 11-3-12 es evaluado de nuevo clínica y analíticamente (...), se decide nuevo ingreso. Se realiza nuevo Tac que pone de manifiesto un absceso en región intergemelar y colección flemonosa alrededor de toda la rodilla, osteopenia, rarefacción ósea y erosión cortical. Se decide tratamiento radical que se lleva a cabo el 16-3-12. En la intervención se realiza un desbridamiento agresivo y extenso de toda la zona intergemelar y la rodilla, y se colocan rosarios de cemento liberadores locales de gentamicina (Septopal) solicitados expresamente para el caso. Continúa (...) con tratamiento antibiótico intravenoso a dosis altas (...) y el 29-3-12, como es protocolario, se realiza retirada del Septopal y nuevo lavado y revisión tisular, apreciándose viabilidad de todo el tejido remanente. Buena evolución (...). Es alta el 4-4-12 con antibioterapia (...). En pruebas de imagen realizadas posteriormente (...) se diagnostica una distrofia simpático-refleja, complicación usual en este tipo de procedimientos y que recibe el tratamiento oportuno./ Realiza tratamiento antibiótico oral durante 4 meses. En septiembre (de) 2012, tras evaluación clínica y analítica normalizada, se da por controlada la infección. Con todo ello la situación era la de una rodilla inestable, dolorosa, con rango de movilidad reducido (15° - 40°) e impotencia funcional para extensión activa, con signos propios de degeneración articular causados por la infección. Se decide (...), de manera consensuada, una nueva intervención quirúrgica consistente en artroplastia total (...) para estabilizar la rodilla, aliviar el dolor y mejorar la movilidad./ El 7-2-13 se realiza artroplastia total de rodilla izquierda posteroestabilizada (...). Es alta el 20-2-13./ Comienza entonces un periodo de rehabilitación intensiva que finaliza el 4-4-13 de acuerdo con el paciente, dada la percepción por todas las partes de la estabilización de su lesión./ Un último intento por nuestra parte de mejorar su estado pasaba por la realización de una

RNM de toda la extremidad inferior izquierda, para lo cual era preciso retirar un fragmento de hierro que se aloja en el abdomen del paciente; actuación que el Servicio de Cirugía General ha desestimado por considerarlo un acto de extrema dificultad y de un riesgo quirúrgico inaceptable. Se realizó nuevo Tac que resultó normal./ Al final del periodo presenta una leve mejoría en el control del dolor, aunque se ha intentado retirar analgesia de tercer escalón no ha sido exitoso, y su manejo se encuentra a cargo de la Unidad de Dolor Crónico. La rodilla presenta un rango funcional de $-10^{\circ}/70^{\circ}$, precisa ayuda de dos bastones para la deambulación e impedimento total para cualquier actividad que implique bipedestación prolongada, marcha intensa, manejo de cargas o mantenimiento de posturas forzadas”.

4. Con fecha 9 de mayo de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VIII nueva documentación al objeto de completar la historia clínica enviada, que entiende insuficiente por carecer de los datos correspondientes al periodo comprendido entre enero y abril de 2012 y de la documentación relativa a la “inclusión del paciente en la (lista de espera quirúrgica), los estudios preanestésicos de cada una de las intervenciones a las que fue sometido, las hojas de anestesia y los partes de quirófano”, así como “los documentos de consentimiento informado”.

5. Mediante oficio de 16 de mayo de 2014, el Director Económico del Área Sanitaria VIII envía la documentación complementaria.

6. El día 3 de junio de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que el “reclamante presentaba una lesión crónica (rotura) del LCA de la rodilla izquierda tributaria de tratamiento quirúrgico. Así pues, la sustitución de la estructura lesionada con una plastia estaba indicada en este caso (...). Los estudios preoperatorios efectuados no contraindicaban la intervención, el

paciente fue informado del objeto del tratamiento y de sus potenciales riesgos y complicaciones, otorgando su consentimiento. Se efectuó la necesaria profilaxis antibiótica antes de la cirugía y la técnica quirúrgica empleada fue correcta (...). En el curso posoperatorio (...) presentó una clínica compatible con proceso infeccioso, que fue tratada con lavados intraarticulares y antibioterapia intentando en principio preservar la plastia, lo que finalmente resultó imposible (...). El proceso infeccioso experimentó una evolución tórpida, con la formación de sendos abscesos en el hueso poplíteo y en la región intergemelar de la pierna izquierda que requirieron primeramente un drenaje quirúrgico y más tarde un desbridamiento agresivo y extenso de la zona intergemelar y de la rodilla con administración de antibioterapia local y general durante cuatro meses ininterrumpidos, con lo cual se consiguió controlar la infección (...). El paciente desarrolló una distrofia simpático-refleja del miembro inferior izquierdo, tratada mediante tratamiento rehabilitador y analgesia de tercer escalón, consensuando con el paciente la colocación de una prótesis total de rodilla para estabilizar la articulación y paliar el dolor (...). Este procedimiento (...) se realizó de forma correcta (...). La evolución posoperatoria fue satisfactoria, aunque el paciente siguió precisando analgesia de forma continuada y (presenta) severa limitación en la funcionalidad de la extremidad intervenida”.

A la vista de ello, afirma que, pese a “la correcta actuación de los distintos facultativos del servicio sanitario público que atendieron al paciente (...), la evolución no resultó favorable por la materialización de algunos de los riesgos típicos de las cirugías a las que fue sometido, ampliamente documentados en la literatura científica y recogidos en los documentos de consentimiento informado que el paciente firmó antes de someterse a las distintas intervenciones”. Considera que la materialización de tales riesgos, aunque previsible, no pudo ser evitada, y que “la actuación de los profesionales fue acorde al estado de la ciencia”. En relación con los perjuicios estéticos reclamados, sostiene que “son otra consecuencia lógica del largo e intenso

proceso terapéutico al que el reclamante hubo de ser sometido, con varias intervenciones quirúrgicas, algunas de ellas muy cruentas, que dejaron huella en su anatomía”.

7. Mediante escritos de 9 de junio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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.

8. Con fecha 1 de julio de 2014, y a instancia de la compañía aseguradora, emite informe un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Afirma que “la cirugía de reconstrucción del LCA estaba totalmente indicada”, figurando en el consentimiento informado “la posibilidad de aparición de la complicación que posteriormente se presentaría (...). La técnica utilizada (...) es perfectamente válida y no aparecen signos que indiquen se realizase una mala praxis pre, intra ni posquirúrgica. Así mismo, consta en la hoja de anestesia el empleo de profilaxis antibiótica según el protocolo del hospital./ Sobre los 4-5 días tras la intervención la infección comenzó a manifestarse, procediendo al tratamiento correcto de la misma (...). Desafortunadamente, parece ser que a pesar de todas las medidas correctamente aplicadas la infección progresó de forma bastante agresiva, llegando a formarse un absceso a nivel de la pantorrilla, el cual también fue correctamente tratado (...). Finalmente, fue preciso retirar la plastia para conseguir la curación del proceso./ Cuando la infección se comporta de forma tan agresiva, los cartílagos articulares suelen degenerar y perderse, lo que constituye el establecimiento de una artrosis, lo cual, desgraciadamente, también ocurrió en este paciente./ Una vez resuelto el proceso infeccioso (...) el único tratamiento posible no era otro que el implante de una PTR, como así se hizo unos meses después, una vez tuvieran bastantes garantías de que la infección no iba a reaparecer”.

Por último, califica de “correctos” los siguientes actos médicos: a) La indicación de cirugía para el tratamiento de la rotura crónica del ligamento cruzado anterior de la rodilla izquierda. b) La intervención de plastia de reconstrucción con tendones del propio paciente realizada el 23 de enero de 2012. c) El tratamiento de los signos de infección profunda de la cirugía aparecidos a los cinco días de esta. d) La retirada de la plastia debido al fracaso de los tratamientos médicos y quirúrgicos dirigidos a controlar y vencer la infección. e) El drenado quirúrgico del absceso aparecido en la pantorrilla. f) La colocación de una prótesis total en la rodilla izquierda como consecuencia del carácter artrósico e inestable de esta.

Concluye que “no se reconoce mala praxis en la cirugía efectuada a este paciente en el Hospital Lo ocurrido ha sido una complicación inherente al propio acto quirúrgico que, además, evolucionó de forma anormalmente agresiva, a pesar de los diferentes tratamientos efectuados, todos ellos correctos”.

9. Consta incorporado al expediente, asimismo, el informe emitido por un gabinete jurídico el 14 de julio de 2014 a instancia de la entidad aseguradora. En él se concluye que “no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud del Principado de Asturias, al no haber actuación contraria a la *lex artis*, ni antijuridicidad”, por lo que “no procede otorgar indemnización” alguna al reclamante.

10. Mediante escrito notificado al perjudicado el 30 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos que obran en el expediente.

El 22 de agosto de 2014, el interesado presenta un escrito de alegaciones en el que solicita el abono de la indemnización reclamada, toda vez que “la documentación clínica obrante en el expediente demuestra que a

consecuencia de la intervención quirúrgica se produjo un daño no esperable ni previsible y absolutamente desproporcionado, con gravísimas secuelas”. Añade que “la relación causa efecto entre la intervención de la ligamentoplastia y la infección sobrevenida y posteriores complicaciones de osteoartrosis no se han puesto nunca en duda, y se reconoce en todos los informes emitidos por los Servicios de Traumatología y de Rehabilitación del Hospital

11. El día 25 de agosto de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

12. Con fecha 16 de septiembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que “el reclamante presentaba una lesión crónica (rotura) del LCA de la rodilla izquierda tributaria de tratamiento quirúrgico consistente en la sustitución de la estructura lesionada con una plastia (...). Se efectuó la necesaria profilaxis antibiótica antes de la cirugía y la técnica quirúrgica empleada fue correcta (...). En el curso posoperatorio el paciente presentó una clínica compatible con proceso infeccioso, que fue tratada con lavados intraarticulares y antibioterapia intentando en principio preservar la plastia, lo que finalmente resultó imposible. El proceso infeccioso experimentó una evolución tórpida” que requirió “primeramente un drenaje quirúrgico y más tarde un desbridamiento agresivo y extenso (...) con administración de antibioterapia local y general durante cuatro meses ininterrumpidos, con lo cual se logró controlar la infección./ El paciente desarrolló una distrofia simpático-refleja del miembro inferior izquierdo, tratada mediante tratamiento rehabilitador y analgesia de tercer escalón, consensuando con el paciente la colocación de una prótesis total de rodilla (...). Este procedimiento (...) se realizó de forma correcta (...), aunque el paciente siguió precisando analgesia

de forma continuada y (presenta) severa limitación en la funcionalidad de la extremidad intervenida”.

Considera que, pese a “la correcta actuación de los distintos facultativos del servicio sanitario público (...), utilizando los recursos precisos en cada momento en atención a las circunstancias y al estado del paciente, la evolución no resultó favorable por la materialización de algunos de los riesgos típicos de las cirugías a las que fue sometido, ampliamente documentados en la literatura científica y recogidos en los documentos de consentimiento informado que el paciente firmó antes de someterse a las distintas intervenciones./ La prolongación de este episodio en el tiempo se debió a las complicaciones o riesgos típicos del procedimiento (...), cuya materialización, aunque previsible, no pudo ser evitada, y que requirió un enorme esfuerzo terapéutico para su control por parte de los servicios intervinientes. Pese a que la actuación de los profesionales fue acorde al estado de la ciencia y a los recursos puestos a disposición del paciente, no se consiguió evitar el lamentable devenir del proceso. Por lo que respecta a los perjuicios estéticos reclamados, son otra consecuencia lógica del largo e intenso proceso terapéutico al que el reclamante hubo de ser sometido con varias intervenciones quirúrgicas, algunas de ellas muy cruentas, que dejaron huella en su anatomía”.

13. Mediante oficio de 3 de octubre de 2014, esa Presidencia solicita a este Consejo que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

14. El Pleno del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 27 de noviembre de 2014, emite dictamen en el que pone de manifiesto la necesidad de retrotraer el procedimiento, señalando que “deberá acreditarse si la intervención de ligamentoplastia realizada el día 23 de enero de 2013 (*sic*, en realidad 2012) requería o no de la adopción de medidas de profilaxis quirúrgica y, en caso afirmativo, concretar los aspectos que permitan valorar su

adecuación, tales como la elección del antibiótico, la vía de administración y su inicio y duración. Asimismo, habrá que dejar constancia de que se realizaron los actos necesarios de preparación quirúrgica o cualesquiera otros que pudieran resultar convenientes para prevenir la aparición de infecciones”.

15. El día 13 de enero de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VIII que remita “cualquier documento que pueda obrar en la historia clínica del reclamante (...) y sirva para acreditar la realización o no de profilaxis antibiótica en la intervención quirúrgica (ligamentoplastia) (...). En el supuesto de que se hubiese realizado antibioterapia profiláctica, deberá informarse del antibiótico utilizado, vía de administración e inicio y duración de la misma; en caso negativo, también debe informarse de los motivos por los que no se efectuó, interesando se aporten las guías clínicas, si las hubiere, que hayan podido apoyar tal decisión. En uno y otro caso se deberá indicar si se llevaron a cabo otro tipo de actuaciones en la preparación quirúrgica del paciente en orden a prevenir la aparición de infecciones y, en su caso, especificar cuáles han sido estas”.

16. Con fecha 26 de enero de 2015, el Gerente del Área Sanitaria VIII remite al Inspector de Prestaciones Sanitarias una copia de la hoja de verificación del bloque quirúrgico correspondiente a la intervención de ligamentoplastia efectuada al reclamante el 23 de enero de 2012 en la que se recoge que “no procede” la administración de profilaxis antibiótica.

Asimismo, le envía el informe suscrito en la misma fecha por un facultativo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital que señala que “no consta en la historia clínica la administración de profilaxis antibiótica previa a la intervención. En la fecha de la misma no se encontraba estandarizada en nuestro Servicio la aplicación de profilaxis antibiótica en cirugía limpia artroscópica con autoinjerto y el paciente no cumplía criterios para ser considerado de alto riesgo”. Añade que “se aplicaron todas las

medidas perioperatorias a nuestro alcance para disminuir el riesgo de infección quirúrgica local: adecuada higiene de manos, precaución en el aislamiento y limpieza del quirófano, lavado de la extremidad con una solución antiséptica, intervención en campo quirúrgico estéril con todas las medidas de asepsia habituales en quirófano, comprobación de la correcta esterilización de todo el instrumental utilizado, aplicación de apósitos estériles y vendaje, colocación de drenaje articular, técnica quirúrgica correcta y adecuada duración de la intervención”.

17. El día 11 de febrero de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias suscribe un informe en el que manifiesta que “pese a que no se hizo profilaxis antibiótica, se adoptaron todas las medidas de asepsia precisas para disminuir el riesgo de infección quirúrgica local, siendo la técnica quirúrgica empleada correcta desde el punto de vista técnico”. Explica que “al tratarse de una cirugía limpia por vía artroscópica, con autoinjerto, y como el paciente no cumpliera criterios para ser considerado de riesgo, conforme al protocolo aplicable entonces, el Servicio de Traumatología del (Hospital) no tenía estandarizada la profilaxis antibiótica en una cirugía de esta naturaleza”. Por ello, considera que la reclamación planteada “debe ser desestimada”.

18. Mediante escrito notificado al reclamante el 29 de junio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura de un segundo trámite de audiencia y le adjunta copia de la nueva documentación incorporada al expediente.

19. El día 15 de julio de 2015, el interesado presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que manifiesta, “en cuanto al resultado de la nueva documentación incorporada al expediente a instancias del Consejo Consultivo”, que “queda demostrado que no se aplicó la necesaria profilaxis antibiótica antes de la cirugía, ni se han explicado las razones por las

que (...) se descartó su aplicación. Este dato contradice lo expuesto en la propuesta de resolución de 16 de septiembre de 2014 (...), en la que se afirmaba que se había administrado”.

20. Mediante oficio de 17 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

21. Con fecha 29 de julio de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella se recoge que “no se efectuó profilaxis antibiótica previa a la cirugía porque en esa fecha la profilaxis antibiótica no estaba estandarizada en el Servicio de Traumatología del (Hospital) en la cirugía limpia artroscópica con autoinjerto, adoptándose todas las medidas perioperatorias de asepsia disponibles para disminuir el riesgo de infección quirúrgica local. Además, la técnica quirúrgica empleada fue correcta desde el punto de vista técnico”.

22. Mediante escrito de 31 de agosto de 2015, esa Presidencia solicita nuevamente a este Consejo que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

23. El Pleno del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el 1 de octubre de 2015, acuerda retrotraer el procedimiento al considerar que, tras los últimos trámites realizados, “siguen sin aportarse los elementos de juicio necesarios para analizar la adecuación del acto médico a la *lex artis*, pues si bien ha quedado acreditado que no se empleó profilaxis antibiótica previa, y que ello no fue debido a un error por desatención del protocolo, sino que, por el contrario, se habría actuado conforme al mismo, que no disponía su aplicación, se omite cualquier explicación sobre la justificación médica (guías clínicas o similares

documentos científicos, como solicitó formalmente la Inspección de Prestaciones Sanitarias) que pudieran avalar tal forma de proceder”. Advertimos entonces de la necesidad de incorporar al expediente “un informe que dé respuesta clara y precisa a la solicitud de información planteada, y que se pronuncie sobre `las guías clínicas, si las hubiere, que hayan podido apoyar (la) decisión médica´ de no administrar profilaxis antibiótica en una intervención quirúrgica como la que es objeto de este procedimiento y en un paciente con las características del reclamante”.

24. Mediante escrito de 28 de octubre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VIII la emisión de informe que se pronuncie sobre los aspectos señalados por este Consejo.

25. Con fecha 13 de noviembre de 2015, el Director Económico y de Recursos Humanos del Área Sanitaria VIII remite al Servicio solicitante el informe elaborado el día anterior por un facultativo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital

El citado informe señala que “la decisión de no estandarizar la profilaxis antibiótica en cirugías del tipo de la que se practicó al demandante puede deberse a que: / 1. Se practicó una cirugía limpia artroscópica mínimamente invasiva con injerto del propio paciente. Este tipo de cirugía no recibía profilaxis, pues se seguía pauta similar al protocolo adjunto, en el que se indica como cirugías limpias que requieren profilaxis antibiótica: / Reemplazamiento articular completo o parcial en cadera, rodilla u otra articulación. / Reducción quirúrgica de fracturas utilizando material de osteosíntesis mediante fijación interna con clavos, pernos o alambres. / Artrodesis instrumentada de columna. / Extirpación amplia de tumores óseos y de partes blandas. / 2. El paciente no cumplía ninguno de los criterios para ser incluido en el grupo de alto riesgo intrínseco (tales como inmunodepresión, ingreso prolongado, diabetes mellitus descompensada, enfermedad crónica grave, edad avanzada, malnutrición u

obesidad)./ 3. No parece haber evidencia en la literatura de que la profilaxis antibiótica disminuya el riesgo de infección en los procedimientos artroscópicos rutinarios./ 4. Ningún estudio ha examinado realmente el efecto de la antibioterapia profiláctica en el espectro de los procedimientos artroscópicos contemporáneos./ 5. La administración de antibióticos de forma indiscriminada figura entre las causas más importantes del desarrollo de resistencias, de la presencia de infecciones hospitalarias, del encarecimiento del coste por intervención y de la aparición de reacciones adversas”.

Adjunta cuatro documentos titulados “Protocolo de Profilaxis Antibiótica en Cirugía”, “Profilaxis Antibiótica en Cirugía Ortopédica y Traumatología”, “*Antibiotic Prophylaxis for Arthroscopy of the Knee: Is it Necessary?*” y “*Prophylactic Antibiotics in Orthopaedic Surgery*”.

26. Mediante escrito notificado al reclamante el 27 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura de un tercer trámite de audiencia y le adjunta copia de la documentación agregada al expediente.

27. El día 16 de diciembre de 2015, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que manifiesta que “la documentación clínica obrante en el expediente demuestra que a consecuencia de la intervención quirúrgica se produjo un daño no esperable ni previsible y absolutamente desproporcionado, con gravísimas secuelas que le ocasionaron una situación de incapacidad absoluta para todo tipo de trabajo”.

Considera que “la nueva documentación incorporada al expediente a instancias del Consejo Consultivo no justifica los motivos por los que no se aplicó la profilaxis antibiótica ni que se haya seguido un protocolo determinado”.

28. Mediante oficio de 22 de diciembre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios envía copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

29. Con fecha 11 de enero de 2016, el citado Jefe de Servicio formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que “en el caso que nos ocupa, cabe considerar correcta la actuación de los servicios médicos” del Servicio de Salud del Principado de Asturias “que atendieron al perjudicado, y más a tenor de las nuevas pruebas aportadas al expediente que vienen a poner de manifiesto que la profilaxis antibiótica en el tipo de cirugía a la que (...) fue sometido no estaba indicada, al tratarse de una cirugía limpia por vía artroscópica mínimamente invasiva con autoinjerto, con la circunstancia añadida de que el paciente no cumplía ninguno de los criterios para ser incluido en el grupo de alto riesgo intrínseco”. Añade que “la mala evolución del caso y las secuelas actuales del paciente se deben a la materialización de algunas de las complicaciones de este tipo de cirugía descritas en la literatura científica, que no pudieron ser prevenidas ni evitadas pese a los esfuerzos de los facultativos actuantes, que no escatimaron medios materiales y humanos para evitar su aparición”.

30. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de febrero de 2016, 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 el interesado activamente legitimado 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 2 de abril de 2014, y, si bien la primera intervención quirúrgica -una ligamentoplastia- se llevó a cabo el 23 de enero de 2012, consta en el expediente que como consecuencia de las complicaciones derivadas de ella el perjudicado hubo de someterse a numerosas actuaciones en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, informando el Servicio de Traumatología del Hospital el 14 de junio de 2013 que se daba "por estabilizada la lesión con

secuelas”, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Sin embargo, observamos 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.

SEXTA.- El reclamante imputa a la Administración sanitaria el daño derivado de las complicaciones padecidas tras la práctica de una ligamentoplastia en su rodilla izquierda el 23 de enero de 2012, tras la cual experimentó un grave proceso infeccioso.

Resultan acreditadas en el expediente las dificultades surgidas con posterioridad a la práctica de la intervención quirúrgica señalada, así como las secuelas derivadas de aquellas. Está probada, por tanto, la efectividad del daño alegado en los términos que plantea el interesado, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

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

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, 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.

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

De los hechos relatados se desprende que el reclamante, que padecía una "rotura crónica sintomática del ligamento cruzado anterior de su rodilla izquierda", es intervenido el 23 de enero de 2012 "realizándosele una ligamentoplastia con injerto autólogo tendinoso" que evoluciona sin complicaciones, por lo que fue dado de alta. Sin embargo, posteriormente se manifiesta una infección cuyo tratamiento requiere de la práctica de muy diversas y agresivas actuaciones y que no consigue ser controlada totalmente hasta el mes de septiembre de 2012. A pesar de ello, la comprometida situación en la que se encontraba la rodilla izquierda del perjudicado aconsejó realizar

una artroplastia total que se llevó a cabo el 7 de febrero de 2013. A partir de ese momento comienza un periodo de "rehabilitación intensiva" que finaliza el 4 de abril del mismo año, "dada la percepción por todas las partes de la estabilización de su lesión". Puesto que no resulta posible controlar el dolor que sufre el paciente, este se encuentra "a cargo de la Unidad de Dolor Crónico". Su rodilla "presenta una rango funcional de $-10^{\circ}/70^{\circ}$ " y "precisa ayuda de dos bastones para la deambulaci3n e impedimento total para cualquier actividad que implique bipedestaci3n prolongada, marcha intensa, manejo de cargas o mantenimiento de posturas forzadas".

El perjudicado considera que "la relaci3n causa efecto entre la intervenci3n de la ligamentoplastia y la infecci3n sobrevenida y posteriores complicaciones de osteoartrosis no se ha puesto nunca en duda y se reconoce en todos los informes emitidos por los Servicios de Traumatología y de Rehabilitaci3n del Hospital", por lo que entiende que se cumplen los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administraci3n.

El informe t3cnico de evaluaci3n asume como "correcta (la) actuaci3n de los distintos facultativos del servicio sanitario p3blico que atendieron al paciente". Entiende que "la evoluci3n no result3 favorable por la materializaci3n de algunos de los riesgos t3picos de las cirugías a las que fue sometido, ampliamente documentados en la literatura científica y recogidos en los documentos de consentimiento informado que el paciente firm3 antes de someterse a las distintas intervenciones". Por ello, estima que la manifestaci3n de tales riesgos, aunque previsible, no pudo ser evitada, y que "la actuaci3n de los profesionales fue acorde al estado de la ciencia". El citado informe indica que "se efectu3 la necesaria profilaxis antibiótica antes de la cirugía". En la misma línea, el informe pericial emitido a instancias de la compańa aseguradora concluye que "no se reconoce mala praxis en la cirugía efectuada a este paciente en el Hospital" Lo ocurrido ha sido una complicaci3n inherente al propio acto quirúrgico que, adem3s, evolucion3 de forma

anormalmente agresiva, a pesar de los diferentes tratamientos efectuados, todos ellos correctos". También señala que "consta en la hoja de anestesia el empleo de profilaxis antibiótica según el protocolo del hospital".

A pesar de lo recogido en los informes citados en cuanto al empleo de profilaxis antibiótica en la ligamentoplastia practicada, este Consejo puso de manifiesto en su Dictamen Núm. 275/2014 que entre la documentación obrante en el expediente remitido no se encontraba ningún elemento que permitiera corroborar tal afirmación. Por ello, consideramos necesaria la retroacción del procedimiento al objeto de acreditar "si la intervención de ligamentoplastia realizada el día 23 de enero de 2013 (*sic*, en realidad 2012) requería o no de la adopción de medidas de profilaxis quirúrgica y, en caso afirmativo, concretar los aspectos que permitan valorar su adecuación, tales como la elección del antibiótico, la vía de administración y su inicio y duración". Igualmente, entendimos que debía dejarse "constancia de que se realizaron los actos necesarios de preparación quirúrgica o cualesquiera otros que pudieran resultar convenientes para prevenir la aparición de infecciones".

A tales efectos, un facultativo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital informa que "no consta en la historia clínica la administración de profilaxis antibiótica previa a la intervención. En la fecha de la misma no se encontraba estandarizada en nuestro Servicio la aplicación de profilaxis antibiótica en cirugía limpia artroscópica con autoinjerto y el paciente no cumplía criterios para ser considerado de alto riesgo". Añade que "se aplicaron todas las medidas perioperatorias a nuestro alcance para disminuir el riesgo de infección quirúrgica local: adecuada higiene de manos, precaución en el aislamiento y limpieza del quirófano, lavado de la extremidad con una solución antiséptica, intervención en campo quirúrgico estéril con todas las medidas de asepsia habituales en quirófano, comprobación de la correcta esterilización de todo el instrumental utilizado, aplicación de apósitos estériles y vendaje, colocación de drenaje articular, técnica quirúrgica correcta y adecuada duración de la intervención".

En nuestro Dictamen Num. 166/2015 no consideramos la información facilitada suficiente para analizar la adecuación del acto médico a la *lex artis*, “pues si bien ha quedado acreditado que no se empleó profilaxis antibiótica previa, y que ello no fue debido a un error por desatención del protocolo, sino que, por el contrario, se habría actuado conforme al mismo, que no disponía su aplicación, se omite cualquier explicación sobre la justificación médica (guías clínicas o similares documentos científicos, como solicitó formalmente la Inspección de Prestaciones Sanitarias) que pudieran avalar tal forma de proceder”. Este Consejo acordó retrotraer nuevamente el procedimiento incorporando al mismo “un informe que dé respuesta clara y precisa a la solicitud de información planteada, y que se pronuncie sobre ` las guías clínicas, si las hubiere, que hayan podido apoyar (la) decisión médica ´ de no administrar profilaxis antibiótica en una intervención quirúrgica como la que es objeto de este procedimiento y en un paciente con las características del reclamante”.

El 12 de noviembre de 2015, un facultativo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital informa que “la decisión de no estandarizar la profilaxis antibiótica en cirugías del tipo de la que se practicó al demandante puede deberse a que: / 1. Se practicó una cirugía limpia artroscópica mínimamente invasiva con injerto del propio paciente. Este tipo de cirugía no recibía profilaxis, pues se seguía pauta similar al protocolo adjunto, en el que se indican como cirugías limpias que requieren profilaxis antibiótica: / Reemplazamiento articular completo o parcial en cadera, rodilla u otra articulación. / Reducción quirúrgica de fracturas utilizando material de osteosíntesis mediante fijación interna con clavos, pernos o alambres. / Artrodesis instrumentada de columna. / Extirpación amplia de tumores óseos y de partes blandas. / 2. El paciente no cumplía ninguno de los criterios para ser incluido en el grupo de alto riesgo intrínseco (tales como inmunodepresión, ingreso prolongado, diabetes mellitus descompensada, enfermedad crónica grave, edad avanzada, malnutrición u obesidad). / 3. No parece haber evidencia en la literatura de que la profilaxis antibiótica disminuya el riesgo de infección

en los procedimientos artroscópicos rutinarios./ 4. Ningún estudio ha examinado realmente el efecto de la antibioterapia profiláctica en el espectro de los procedimientos artroscópicos contemporáneos./ 5. La administración de antibióticos de forma indiscriminada figura entre las causas más importantes del desarrollo de resistencias, de la presencia de infecciones hospitalarias, del encarecimiento del coste por intervención y de la aparición de reacciones adversas”.

A la vista de ello, resulta claro que tanto el informe técnico de evaluación como el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora erraban cuando aseguraban que el paciente había recibido profilaxis antibiótica con carácter previo a la intervención a la que fue sometido. Sin embargo, puesto que no todo tipo de intervención quirúrgica es subsidiaria de tratamiento profiláctico antibiótico, la manifiesta ausencia de tal práctica no resulta bastante en sí misma para considerar insuficientes las medidas preventivas adoptadas. A tal efecto, el tercero de los informes emitidos por el Servicio afectado se muestra adecuado para entender justificada la decisión de no aplicar profilaxis antibiótica en la cirugía limpia artroscópica practicada al paciente, que, por lo demás, no cumplía “los criterios para ser incluido en el grupo de alto riesgo intrínseco”. En él se manifiesta que la actuación realizada se apoya en “guías clínicas y evidencias científicas documentales sobre profilaxis antibiótica en Cirugía Ortopédica y Traumatología”, que, además, se incorporan al citado informe. Por otra parte, tal y como indica el Servicio Interviniente, resulta acreditado que durante la operación se aplicaron todas las “medidas perioperatorias” necesarias para disminuir el riesgo de infección quirúrgica. Así, en el segundo de los informes elaborados por el Inspector de Prestaciones Sanitarias se recoge que, “pese a que no se hizo profilaxis antibiótica, se adoptaron todas las medidas de asepsia precisas para disminuir el riesgo de infección quirúrgica local, siendo la técnica quirúrgica empleada correcta desde el punto de vista técnico”.

De otro lado, el perjudicado no despliega actividad probatoria alguna que

contradiga lo afirmado en el citado informe del Servicio actuante, limitándose a destacar la ausencia de justificación de “los motivos por los que no se aplicó la profilaxis antibiótica”, sin que, en ningún momento, aporte datos o documentos que permitan predicar el carácter necesario de la misma. Siendo así, debemos mostrarnos conformes con la propuesta de resolución formulada, que señala que “las nuevas pruebas aportadas al expediente (...) vienen a poner de manifiesto que la profilaxis antibiótica en el tipo de cirugía a la que (...) fue sometido no estaba indicada, al tratarse de una cirugía limpia por vía artroscópica mínimamente invasiva con autoinjerto, con la circunstancia añadida de que el paciente no cumplía ninguno de los criterios para ser incluido en el grupo de alto riesgo intrínseco”. Por ello, consideramos que las medidas empleadas para prevenir la infección han sido adecuadas a la *lex artis*, con independencia de que el resultado obtenido -previsto en el documento de consentimiento informado suscrito- no haya sido el deseado.

Por su parte, debemos recordar que el artículo 141.1 de la LRJPAC dispone que “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 aquellos”. Como señalamos recientemente en nuestro Dictamen Núm. 122/2015, “en estos supuestos venimos manteniendo reiteradamente la misma postura que sostiene el Consejo de Estado cuando considera (entre otros, en el Dictamen Núm. 890/2008, de 24 de julio) que, `En el actual estado de la ciencia y de la técnica médicas, es imposible erradicar por completo el riesgo de que se produzcan infecciones nosocomiales, cualesquiera que sean las medidas profilácticas y preventivas adoptadas. Por el contrario, su incidencia es relativamente alta adoptando todas las medidas disponibles en el actual estado de la técnica. Siendo la obligación de la Administración sanitaria a este respecto una obligación de medios y no de resultado, lo que resulta exigible a aquella es proporcionar información cumplida al paciente y cumplir estrictamente los protocolos de prevención y profilaxis, incluyendo obviamente

la aplicación de las debidas medidas de asepsia ‘’.

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.