

Dictamen Núm. 62/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de abril de 2021, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de marzo de 2021 -registrada de entrada el día 10 de ese 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 una infección nosocomial.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 30 de abril de 2019, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuye a la asistencia sanitaria recibida en un hospital público.

Expone que el día 30 de abril de 2018 fue sometida a una “cirugía de reartrodesis lumbar, siendo alta hospitalaria el día 8 de mayo de 2018”, y que el 17 de mayo de 2018 tiene que volver al hospital por “dolor en miembros

inferiores y fiebre”, siendo trasladada “de urgencia” a otro centro en el que le diagnostican un “cuadro de meningitis posquirúrgica (...). Infección posquirúrgica complicada. Sepsis posquirúrgica”, precisando varias intervenciones y tratamiento rehabilitador.

Considera que “todo el cuadro clínico reseñado deriva de la intervención quirúrgica practicada en fecha 30 de abril de 2018 (...), pues aquella intervención (...) provocó una fístula dural y el consiguiente absceso y meningitis secundaria, complicándose con un severo neumocéfalo”.

Señala que “se encuentra pendiente de evolución, continuando en la misma situación en cuanto a la imposibilidad de bipedestación y deambulación (utilización de silla de ruedas)”, por lo que la cuantía de la indemnización solicitada “se concretará y cuantificará *a posteriori*, cuando se disponga de los más recientes informes médicos sobre el alcance definitivo de aquella intervención”.

2. El día 15 de mayo de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere a la perjudicada para que proceda a la cuantificación económica del daño o, en su defecto, indique las causas que motivan la imposibilidad de realizarla, con advertencia de que si así no lo hiciese se le tendrá por desistida en su reclamación.

El 3 de junio de 2019 la reclamante presenta un escrito en el que comunica que “aún no es posible cuantificar con precisión económicamente dicho daño”, puesto que se encuentra “pendiente de informes médicos sobre la naturaleza y entidad de las secuelas”.

3. Mediante escrito notificado a la interesada el 20 de junio de 2019, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, le advierte sobre la imposibilidad de continuar con la tramitación el procedimiento "al no saber si, tras la propuesta de resolución, es necesario solicitar el preceptivo dictamen del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, motivo por el cual es imprescindible paralizar el expediente". Señala que, de conformidad con lo establecido en el artículo 95 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, "transcurridos tres meses, contados a partir de la recepción del presente escrito, se producirá la caducidad del mismo y se acordará el archivo de las actuaciones".

El día 13 de septiembre de 2019, se recibe en el registro un escrito de la perjudicada en el que cuantifica el daño sufrido en setenta y ocho mil seiscientos setenta y nueve euros (78.679 €) conforme al baremo contenido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, y lo desglosa en los siguientes conceptos: 4 días de perjuicio personal muy grave, 107 días de perjuicio personal grave, 286 días de perjuicio personal moderado, 2 intervenciones quirúrgicas, 12 puntos de secuelas, 17 puntos de perjuicio estético ligero y un perjuicio moral.

4. Previa petición formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el 27 de septiembre de 2019 la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite un CD que contiene una copia de la historia clínica de la paciente.

Asimismo, el 23 de octubre de 2019 el Director del Hospital le traslada una copia de la historia clínica de la reclamante y el informe librado por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología el 14 de octubre de 2019. En este último se explica que la paciente sufrió "una meningitis secundaria a una sepsis de origen biliar (...), no habiendo relación entre la cirugía de columna y la meningitis bacteriana cuya sintomatología comienza 17 días después". Añade que "el proceso infeccioso se localizó sobre una zona en la que se había llevado a cabo una cirugía reciente y que, dada su importancia,

sus consecuencias son mayores. No existe forma de prever esta situación y, una vez aparecida, el manejo fue adecuado desde todos los puntos de vista”.

En cuanto a la fístula de líquido cefalorraquídeo, “se debe a la destrucción de la meninge por el germen causante de la infección, que se inicia muchos días después del acto quirúrgico y en los cuales dio tiempo a que cicatrizase el desgarro dural producido en la intervención sobre la columna”.

5. A continuación, obra incorporado al expediente un informe médico-pericial emitido el 31 de diciembre de 2019 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por una facultativa, máster en Valoración del Daño Corporal y diplomada en Medicina del Seguro. Tras la revisión de la documentación aportada, señala que el desgarro dural es una complicación intraoperatoria “reflejada” en el consentimiento informado que “se resolvió de manera satisfactoria, sin que se produjeran consecuencias. No constan más incidencias y se actuó siguiendo protocolos”.

En cuanto al origen de la meningitis, informa que “la *Pseudomona*, microorganismo gram negativo aeróbico que creció en los cultivos (...), como agente etiológico de la meningitis es un germen que aparece en el 20 % de las infecciones intrahospitalarias”, mientras que “en las infecciones que aparecen como complicación de cirugía de hernia discal el germen implicado con mayor frecuencia, hasta el 70 % según diferentes series, es el *Staphylococcus* y en un 16 % gérmenes gram negativos”. Pero también sostiene que no se ha demostrado “la relación de este proceso (colecistectomía laparoscópica) con la aparición de una infección profunda de la herida quirúrgica lumbar”, pues “los microorganismos implicados más frecuentemente en una colecistitis suelen ser gram-negativos entéricos anaeróbicos (*E. coli*, *Klebsiella* y *Enterococcus*)”.

Concluye que “no se ha demostrado (...) que se produjeran negligencias durante la reartrodesis realizada el 30-04-2017”.

6. Con fecha 25 de noviembre de 2020 emite informe el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital En él, tras analizar el caso de la paciente, señala que “es cierto que la complicación sobre el lecho intervenido es plausible que se relacione con la propia intervención; sin embargo, la intervención concomitante por parte del Servicio de Cirugía General el 09-05-2018 (colecistitis aguda gangrenosa) ha podido ser un factor contribuyente para el desarrollo de la infección del sitio quirúrgico, siendo esta situación no evitable ni controlable desde el punto de vista médico ni técnico”.

7. Mediante oficio notificado a la interesada el 30 de diciembre de 2020, la Jefa de la Sección de Apoyo de la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una copia de los documentos que integran el expediente.

El 14 de enero de 2021, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que reitera la argumentación expuesta en su reclamación sobre la relación existente entre la intervención realizada en el Hospital y las lesiones sufridas.

Por otro lado, comunica que ha sido sometida a una nueva operación y que se le ha reconocido un grado de discapacidad del 75 %, motivo por el cual añade a los conceptos solicitados inicialmente un perjuicio moral por pérdida de calidad de vida, que cifra en 50.125 €; una indemnización por ayuda de terceras personas, que asciende a 62.812 €, y un perjuicio derivado de una nueva intervención quirúrgica, que fija en “1.5608” € (*sic*), lo que arroja una cifra total de 183.174 €.

Adjunta una copia de la Resolución de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar de 29 de junio de 2020 y un informe pericial, suscrito el 18 de julio de 2019 por un especialista en Medicina Legal y Forense, en el que se indica que “los gérmenes implicados en la infección de la herida son característicos de infección intrahospitalaria (relacionada claramente con la atención sanitaria

prestada), muy en especial la *Pseudomona aeruginosa*. Por ello, la infección es atribuible al ingreso hospitalario por inadecuada cadena de asepsia durante el ingreso”. Considera que “la existencia de un orificio dural y fistulización a nivel L5-S1, adyacente al proceso infeccioso (...), se puede identificar como la vía de acceso del germen a las meninges, con meningitis y neumocéfalo”.

8. Con fecha 27 de enero de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, a la vista de los informes incorporados al expediente, concluye que “la paciente recibió un tratamiento correcto en todo momento, siendo dudosa la relación directa entre la cirugía de columna y la meningitis bacteriana cuya sintomatología comienza 17 días después”. Añade que “la existencia de una infección nosocomial no se puede anudar directamente a una rotura de la cadena de asepsia, pues en el caso que nos ocupa es evidente que se cumplieron todos los protocolos preventivos de Medicina Preventiva, y además es plenamente relevante (...) la intervención concomitante por parte del Servicio de Cirugía General el 09-05-2018 por una colecistitis aguda gangrenosa, lo que ha podido ser un factor contribuyente para el desarrollo de la infección del sitio quirúrgico, siendo esta situación no evitable ni controlable desde el punto de vista médico ni técnico”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de marzo de 2021, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 30 de abril de 2019, y en ella se imputa el daño sufrido a una infección contraída en el ámbito hospitalario tras la intervención realizada el 30 de abril

de 2018, por lo que, sin necesidad de atender a la estabilización lesional, basta con acudir al principio del *dies a quo non computatur in termino*, conforme a su interpretación jurisprudencial, para concluir que la acción se ha ejercitado dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la

ley". 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 34 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reclama una indemnización por los daños derivados de una meningitis bacteriana que la paciente atribuye a una cirugía de reartrodesis lumbar.

De la documentación obrante en el expediente se desprende que la reclamante fue sometida el 30 de abril de 2018 a una cirugía de columna por rotura del tornillo de artrodesis a nivel de S1 (reartródesis lumbar). Al día siguiente al alta -9 de mayo de 2018- acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal, siendo diagnosticada de "colecistitis aguda litiásica" e intervenida de urgencia mediante laparoscopia (colecistectomía). Posteriormente presentó un "absceso epidural por *P. aeruginosa* post artrodesis lumbar con meningitis bacteriana secundaria", que precisó tratamiento quirúrgico en varias ocasiones y rehabilitación desde el 6 al 20 de agosto de 2018.

En consecuencia, la realidad del daño alegado ha quedado acreditada con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que proceda efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo (por todas, Dictamen Núm. 14/2020), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles.

El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó *la lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en

cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, tiene la carga de acreditar tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

En el caso que nos ocupa, la interesada denuncia que “hay una relación de causalidad entre la intervención quirúrgica inicial” y la rotura de la duramadre, pues la operación practicada el 30 de abril de 2018 le “provocó una fístula dural y el consiguiente absceso y meningitis secundaria, complicándose con un severo neumocéfalo”.

Estas imputaciones son refutadas en el minucioso informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, quien afirma que la situación de la paciente “no puede ser atribuida a una ‘mala praxis’ sino a una complicación que puede ocurrir en el devenir de un proceso infeccioso que en la mayoría de los casos se resuelve sin complicaciones de la magnitud que tuvo que soportar la paciente”. En primer lugar, hace hincapié en el lapso de tiempo transcurrido entre la primera intervención y la evidencia del proceso infeccioso que se manifestó, además, con motivo de una segunda intervención de urgencia (colecistectomía). En particular, señala que “en la literatura médica se recoge el desgarró dural como complicación frecuente en este tipo de cirugía de la columna lumbar, siendo tratado de forma adecuada y sin ninguna repercusión. No se puede hablar de fuga de líquido cefalorraquídeo porque al

alta hospitalaria, ocho días después de la cirugía, la herida quirúrgica no presenta alteraciones y no tiene signos de hipotensión del líquido cefalorraquídeo. Las complicaciones no se producen por el desgarro dural sino por la meningitis secundaria que destruye el cierre de la rotura de la duramadre". Añade que "el periodo de incubación de una meningitis bacteriana es de pocos días (...). La paciente fue intervenida de columna el 30 de abril" e "ingresa el 17 de mayo, lo cual no es compatible con que se haya infectado en el acto quirúrgico y comience con la sintomatología 17 días después".

Al respecto, llama la atención sobre el silencio que guarda la reclamante sobre la colecistitis aguda que se le practicó el 17 de mayo de 2018, a su juicio "dato clave en la ulterior evolución del proceso y responsable en realidad de las complicaciones que sufre". Señala que en el informe quirúrgico consta que "la paciente presenta bilis subhepática con una pared gangrenada, de lo que se deduce que (...) presenta una peritonitis biliar. Es muy frecuente en el proceso de una peritonitis biliar que se produzca paso de microorganismos a sangre y que se produzca un implante a distancia, en este caso en las meninges". Añade que "el proceso infeccioso se localizó sobre una zona en la que se había llevado a cabo una cirugía reciente y que, dada su importancia, sus consecuencias son mayores. No existe forma de prever esta situación y, una vez aparecida, el manejo fue adecuado desde todos los puntos de vista". En cuanto a la fístula de líquido cefalorraquídeo, "se debe a la destrucción de la meninge por el germen causante de la infección, que se inicia muchos días después del acto quirúrgico y en los cuales dio tiempo a que cicatrizase el desgarro dural producido en la intervención sobre la columna".

Concluye que se trata de "una meningitis secundaria a una sepsis de origen biliar que tampoco tiene relación con la cirugía de las vías biliares llevada a cabo en la paciente; es más, la cirugía de urgencia sobre la vía biliar se lleva a cabo precisamente para evitar que se produzca la referida diseminación de la infección". Asevera que "no caben más lucubraciones causales: meningitis bacteriana secundaria a sepsis por peritonitis biliar", y sostiene que "se trata de

una coincidencia secuencial entre la cirugía de la columna y la sepsis de origen biliar, sin que los desencadenantes sean ninguna de las dos cirugías a las que fue sometida la paciente”.

Por su parte, la facultativa que informa a instancias de la entidad aseguradora también defiende que el desgarro dural es una complicación intraoperatoria “reflejada” en el consentimiento informado que “se resolvió de manera satisfactoria, sin que se produjeran consecuencias. No constan más incidencias y se actuó siguiendo protocolos”. Y advierte que la fístula de líquido cefalorraquídeo se detectó “tras la intervención para limpieza y drenaje del absceso”, no tras la primera operación, como se apunta en la reclamación. En cuanto al origen de la meningitis, informa que “la *Pseudomona*, microorganismo gram negativo aeróbico que creció en los cultivos (...), como agente etiológico de la meningitis es un germen que aparece en el 20 % de las infecciones intrahospitalarias”, mientras que “en las infecciones que aparecen como complicación de cirugía de hernia discal el germen implicado con mayor frecuencia, hasta el 70 % según diferentes series, es el *Staphylococcus* y en un 16 % gérmenes gram negativos”. Pero también sostiene que no se ha demostrado “la relación de este proceso (colecistectomía laparoscópica) con la aparición de una infección profunda de la herida quirúrgica lumbar”, pues “los microorganismos implicados más frecuentemente en una colecistitis suelen ser gram-negativos entéricos anaeróbicos (*E. coli*, *Klebsiella* y *Enterococcus*)”.

A ello, debe añadirse que el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital reconoce que, atendiendo a la definición de infección de herida quirúrgica, “cabe decir que epidemiológicamente se trata” de una infección relacionada con la asistencia sanitaria, dado que “en el caso de la artrodesis (o reartrodesis) lumbar el periodo mínimo de vigilancia se establece en los 90 días del posoperatorio quirúrgico, y la paciente presentó síntomas compatibles con infección a los 17 días exactamente”. No obstante, desde el punto de vista de la evolución clínica de la paciente y de la herida, “los registros de médicos y de enfermería no describen signos de alarma”. Y, si bien es cierto

que entre los días 5 y 8 de mayo de 2018 se informaba de dolor y parestesias en la extremidad inferior izquierda, “no se puede descartar que estos síntomas puedan ser compatibles con el curso normal de la recuperación posquirúrgica”. Reconoce que “la complicación sobre el lecho intervenido es plausible que se relacione con la propia intervención; sin embargo, la intervención concomitante por parte del Servicio de Cirugía General el 09-05-2018 (colecistitis aguda gangrenosa) ha podido ser un factor contribuyente para el desarrollo de la infección del sitio quirúrgico, siendo esta situación no evitable ni controlable desde el punto de vista médico ni técnico”.

Sentado lo anterior, queda patente la dificultad para filiar el origen de la infección producida ante la concurrencia de intervenciones próximas en el tiempo. Pero, aunque se admitiera el posible origen nosocomial del proceso infeccioso que sobrevino a la paciente en la fase posoperatoria, no es posible concluir -como sostiene el perito que informa por cuenta de esta- que la infección por *Pseudomonas* fuera debida a una mala praxis clínica.

Respecto a las infecciones hospitalarias, este Consejo viene manteniendo reiteradamente la misma postura que sostiene el Consejo de Estado cuando afirma 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” (entre otros, Dictamen 890/2008). Y así lo ha declarado recientemente el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias al señalar que “en materia de asepsia hospitalaria hemos de recordar que ha de acreditarse el estándar de cuidado y limpieza para evitar en lo técnico y humanamente

posible las rebeldes infecciones hospitalarias, y que corresponde a la Administración sanitaria, bajo el principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) o por aplicación de la doctrina del daño desproporcionado en su caso, justificar que ha cumplido con los protocolos de asepsia en el caso. Por lo expuesto ha de estarse al criterio del Tribunal Supremo que sintetiza” la Sentencia de 5 de octubre de 2010 cuando indica que “es claro que el mero hecho de haber contraído una infección en un hospital no puede dar derecho a indemnización, ni siquiera cuando la infección tiene resultados tan graves como en este caso. Hay que destacar que, en el estado actual de la ciencia y la técnica, el riesgo de infecciones es frecuente en los hospitales, sin que a menudo sea posible adoptar medidas eficaces para eliminarlo o paliarlo. Ello significa que contraer una infección en un hospital puede muy bien deberse a fuerza mayor en el sentido del art. 139.1” de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (equivalente al actual artículo 34.1 de la LRJSP), “y, por tanto, constituir una circunstancia excluyente de la responsabilidad patrimonial de la Administración” (Sentencia de 9 de octubre de 2017 -ECLI:ES:TSJAS:2017:3028-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Única).

En el supuesto planteado, el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública ofrece datos a lo largo del informe en los que se refleja que “todos los parámetros se encuentran dentro de la normalidad (bioseguridad ambiental, control de superficies, esterilización) y que los datos de infección global en el (Hospital) (EPINE) y específicos (otras artrodesis/reartrodesis y registro de microorganismos multirresistentes) igualmente se encuentran dentro de lo esperable para el propio (hospital) y en comparación (con) otros centros de similares características”. Además, no apreciamos vicio alguno en la profilaxis, habiendo informado el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública sobre la administración de profilaxis antibiótica previa a la primera intervención -30 de abril de 2018-, y constando en la historia clínica que también se cumplió esta medida en la segunda cirugía -9 de mayo de 2018- (folios 23 y 38 del

documento 4.3 del CD 36). Nada alcanza a oponer de contrario la reclamante, cuya pericial se basa en afirmaciones genéricas desprovistas de cualquier soporte probatorio, por lo que no se objetivan carencias en la adopción de las medidas de asepsia exigibles.

En todo caso, una vez producida la infección “la atención prestada por el Servicio de Traumatología, Cirugía General y Digestiva y Medicina Interna de este centro ha sido la correcta”, según defiende el Jefe del Servicio implicado. Y también en el informe pericial que aporta la Administración sanitaria se afirma que “se actuó de manera correcta y adecuada en cada una de las situaciones clínicas que presentó la paciente a lo largo del proceso asistencial”, no habiéndose “demostrado (...) que se produjeran negligencias durante la reartrodesis realizada el 30-04-2017”. En efecto, revisada la historia clínica se constata que una vez aisladas en el cultivo las bacterias causantes de la infección se procedió a instaurar la terapia farmacológica procedente según antibiograma.

Sin perjuicio de lo anterior debe significarse que, como apunta la especialista que informa a instancias de la entidad aseguradora, “la infección profunda de la herida quirúrgica y la posibilidad de meningitis secundaria son complicaciones registradas” en el consentimiento informado. Y, aunque en la documentación remitida no se encuentra el relativo a la cirugía practicada el 30 de abril de 2018, sí queda reflejado en el formulario de valoración preanestésica que se firmó el citado documento en diciembre de 2017 (folio 14 del documento 4.2 del CD 36). Como señala la facultativa que informa a instancias de la compañía aseguradora, “es de suponer que dicho documento se encuentre en la historia clínica y no se haya digitalizado y aportado junto al resto de la documental”. En cualquier caso, debe significarse que la paciente ya se había sometido a esa misma operación en el año 2006, y parece que también en 2019, remitiéndose respecto de esta última el documento de “consentimiento informado para instrumentación de columna y artrodesis vertebral” firmado por ella el 8 de abril de 2019 (documentación adicional

digital del CD 33), figurando entre las complicaciones “infección de la herida quirúrgica. Secuelas neurológicas (...). Sepsis”. De lo anterior se desprende que la perjudicada era sobradamente conocedora de los riesgos inherentes a la intervención a la que se sometió hasta en tres ocasiones.

Lo razonado impide calificar como desproporcionado el daño por el que se reclama -como pretende la interesada en el trámite de alegaciones-, toda vez que “no puede existir daño desproporcionado, por más que en la práctica lo parezca, cuando hay una causa que explica el resultado, al no poder atribuirse a los médicos cualquier consecuencia, por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de actuación” (Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de diciembre de 2011 -ECLI:ES:TS:2011:8835-, Sala de lo Civil, Sección 1.ª). En el supuesto examinado las secuelas analizadas no son de etiología desconocida, sino que -como acabamos de exponer- se trata de lesiones cuya aparición, con distinta frecuencia, son posibles en el curso de este tipo de intervenciones, al margen de que la técnica quirúrgica haya sido adecuada. Como hemos señalado en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 265/2018), la mención del riesgo en el consentimiento informado pone de manifiesto que se trata de un riesgo típico o descrito, e impide considerar que nos encontremos ante un daño desproporcionado.

En definitiva, de la documentación obrante en el expediente se desprende que la actuación médica fue correcta y ajustada a la *lex artis*, no habiéndose acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia dispensada a la reclamante ni un déficit en las medidas de asepsia hospitalaria. El daño padecido constituye la desgraciada materialización de una de las complicaciones descritas, de difícil evitación y tratamiento en las circunstancias concurrentes, por lo que procede desestimar la reclamación formulada.

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
LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.