

Dictamen Núm. 160/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de septiembre de 2021, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de junio de 2021 -registrada de entrada el día 7 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de una infección nosocomial vinculada a una cirugía de implantación de prótesis en la rodilla.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 3 de junio de 2020, se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de una infección bacteriana que habría sido adquirida en el marco de una cirugía para la implantación de una prótesis en la rodilla derecha.

Expone el interesado que el 24 de mayo de 2010 se somete a “una cirugía Magnuson con limpieza articular asociada a plastia externa de Lamaire en rodilla derecha, siendo dado de alta hospitalaria el 4 de junio siguiente./ Con fecha

6-6-2017 se le practica nueva cirugía, realizando artroplastia total de rodilla derecha modelo Triathlon con plicatura patelar medial y liberación patelar lateral, siendo dado de alta hospitalaria el 12 de junio siguiente, día en el que se observa hematoma celda externa pierna y rodilla con derrame anterior, eritema y edema borde externo (...). El día 19 de septiembre del mismo año acude a Urgencias por gonalgia intensa de forma súbita sin traumatismo ni mal gesto desencadenante, siendo derivado a Traumatología, donde se observa flexo-extensión limitada, intenso dolor a la movilización que localiza en la zona poplítea, siendo diagnosticado de celulitis en la rodilla derecha (y) quedando ingresado hasta el 22 de septiembre”.

Indica que “al no notar mejoría alguna” acude a “los servicios médicos, que con fecha 25 de octubre de 2018 le someten a una operación para cambio de la prótesis que le habían implantado” el 6 de junio de 2017, y que “tal cambio fue debido a la existencia de unas bacterias que habían infectado seriamente la prótesis y que fueron adquiridas durante la anterior operación”, y subraya que en el apartado de evolución y comentarios del informe de alta consta literalmente que “en cultivos intraoperatorios tomados durante la retirada de la prótesis previa aparecen *S. aureus* y *S. lugdunensis*, precisando profilaxis prolongada de antibioterapia intravenosa”. De ello concluye que “durante la primera operación de colocación de prótesis se contagió en el hospital con las bacterias descritas, lo que impidió no solo su mejoría sino un grave empeoramiento que le llevó a la operación de cambio de prótesis hasta la situación actual, en que se ha logrado una funcionalidad suficiente para actividades cotidianas, aunque no de esfuerzo, como demuestra el hecho de que por Sentencia de 5 de mayo de 2020 le haya sido reconocida una invalidez permanente total, la cual tiene su fundamento principal en el informe de alta médica del Servicio de Traumatología del Hospital” de 17 de julio de 2019, en el que consta que “tras varias cirugías en esa rodilla (derecha) al fin se ha logrado funcionalidad suficiente para actividades cotidianas”.

Considera que “en el presente caso el resultado lesivo debe imputarse al funcionamiento” del Servicio de Salud del Principado de Asturias, que determinó que “un paciente y durante una operación fuera contagiado con bacterias que

afectan seriamente (a) su salud y le llevaron a una nueva operación con el consiguiente sufrimiento y tiempo de curación”.

Cuantifica la indemnización solicitada en ciento sesenta mil euros (160.000 €).

Acompaña copia, entre otra, de la siguiente documentación: a) Sentencia del Juzgado de lo Social N.º 2 de Avilés de 5 de mayo de 2020, por la que se declara al reclamante en situación de incapacidad permanente total derivada de enfermedad común. b) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital, de 21 de diciembre de 2009, en el que se aprecian “moderados signos de gonartrosis tricompartmental./ Condrocálcinosis”. c) Informe del Servicio de Traumatología del mismo centro, de 25 de febrero de 2010, en el que figura la impresión diagnóstica de “gonartrosis” y que “se le programa para cirugía de limpieza articular abierta tipo Magnuson”. d) Informe del Servicio de Traumatología, de 2 de junio de 2010, en el que se señala como motivo de ingreso “gonartrosis tricompartmental”, como tratamiento “cirugía Magnuson: limpieza articular asociado a plastia externa de Lemaire” y en el apartado de comentarios y evolución que “durante el periodo de ingreso evoluciona favorablemente, por lo que se le da el alta”. e) Informe de alta del Servicio de Traumatología, de 12 de junio de 2017, en el que se señala como motivo de la consulta “paciente que ingresa mediante citación para intervención quirúrgica programada”. Consta como diagnóstico principal “gonartrosis derecha”, y como procedimientos que “el día 7-06-17, previo estudio preoperatorio satisfactorio y bajo anestesia regional, se procede a intervención quirúrgica, realizando artroplastia total de rodilla derecha modelo Triathlon con plicatura patelar medial y liberación patelar lateral”, señalándose que “la evolución clínica es favorable, por lo que cursa alta pasando a hospitalización a domicilio”. f) Informe del Servicio de Traumatología, de 14 de noviembre de 2018, en el que se deja constancia de que “en cultivos intraoperatorios tomados durante la retirada de la prótesis previa aparecen *S. aureus* y *S. lugdunensis*, precisando profilaxis prolongada de antibioterapia intravenosa. Clínica favorable, por lo que cursa alta ambulatoria. Se tramita fisioterapia domiciliaria posoperatoria”. g) Informe del Servicio de Traumatología, de 17 de mayo de 2019, en el que se anota como

diagnóstico principal "prótesis de rodilla derecha dolorosa. Artrofibrosis por secuela de 2 intervenciones previas". En el apartado de recomendaciones se indica que "tras varias cirugías en esa rodilla al fin se ha logrado funcionalidad suficiente para actividades cotidianas (habiéndose conseguido una movilidad 0/90º, aunque sin la recuperación de la fuerza en su totalidad), pero sigue encontrándose limitado para esfuerzos, bipedestación prolongada y posturas forzadas. La situación actual es definitiva y no va a mejorar con tratamientos./ La realización de tareas de esfuerzo puede suponer por un lado un deterioro anticipado del implante y, dada la edad del paciente, realizar nuevas intervenciones en esa rodilla podría suponer complicaciones gravísimas con pérdida total de la funcionalidad conseguida en este momento. Hay que tener en cuenta que se trata de un implante masivo, con constricción y restricción de la movilidad".

2. Mediante oficio de 18 de junio de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias, la Gerencia del Área Sanitaria III le traslada el 9 de julio de 2020 una copia de la historia clínica del paciente y un informe del Servicio de Traumatología del Hospital Dado que el informe enviado no refleja el posicionamiento del servicio implicado en relación con la reclamación planteada, se solicita la evacuación de uno nuevo en el que se aborde esta cuestión.

Mediante oficio de 15 de octubre de 2020, le remite el informe elaborado por el Servicio de Traumatología del Hospital el 23 de septiembre de 2020. En él se deja constancia del diagnóstico principal de "prótesis de rodilla derecha dolorosa. Artrofibrosis por secuela de 2 intervenciones previas:/ Primera intervención: limpieza articular de osteofitos restos meniscales rotos y luxados./ Perforaciones de tejido subcondral. Platia de fascia lata tipo Lemaire para LCA y

LLE (realizada en Hospital el 25-5-2010 (...). Segunda intervención: artroplastia total de rodilla derecha modelo Triathlon con plicatura patelar medial y liberación patelar lateral (...) (realizada en Hospital el 7-6-2017 (...). Tras esta segunda intervención precisa reingreso en septiembre del mismo año por celulitis de la rodilla intervenida, mejorando con tratamiento antibiótico”.

A continuación se indica que “tras valoración (...) entre enero y abril de 2018, y descartándose infección por prueba gammagráfica, es programado (...) para recambio de la prótesis, indicándole `posibilidades de resultado incierto´./ Previo estudio preoperatorio satisfactorio, es intervenido el 25-10-2018, realizándose recambio total de prótesis de rodilla derecha por prótesis constreñida Triathlon TS (...). En cultivos intraoperatorios tomados durante la retirada de la prótesis previa aparecen *S. aureus* y *S. lugdunensis*, precisando profilaxis prolongada de antibioterapia intravenosa y posterior pauta de antibiótico oral./ Cabe indicar que ni la exploración quirúrgica ni la semiología era sugestivas de infección, considerándose una infección de tipo I (hallazgo casual intraoperatorio)”.

Refiere, “respecto a la reclamación”, que cabe destacar dos hechos (...): El recambio no se indicó por una sospecha de infección de la prótesis, sino por la limitación de la movilidad (y) el dolor que refería el paciente. La infección fue un hallazgo casual intraoperatorio (infección tipo I) (...). El paciente se ha mostrado en todo momento muy satisfecho con el resultado de la última intervención, siguiendo a cargo de su cirujano para las revisiones, incluso después de la reclamación interpuesta. La funcionalidad de la prótesis le permite realizar actividades cotidianas”.

4. Previa petición formulada por el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas, la Gerencia del Área Sanitaria III le remite el 25 de enero de 2021 la documentación acreditativa de la realización de profilaxis antibiótica en la intervención realizada al paciente el 7 de junio de 2017.

5. Con fecha 2 de febrero de 2021 emiten informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, uno de ellos en

Cirugía Ortopédica y Traumatología y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él se señala que el paciente "presentaba artrosis severa de rodilla derecha, rodilla intervenida quirúrgicamente en varias ocasiones (rodilla multioperada) que le condicionaba una severa incapacidad funcional. Se sabe que la artrosis de rodilla es la causa más frecuente de indicación e implantación de prótesis (...). La indicación quirúrgica de artroplastia total de rodilla derecha fue totalmente correcta (...). Al paciente le hicieron las pruebas preoperatorias necesarias para planificar la intervención conforme a las recomendaciones de las Sociedades Médicas de Anestesia y Traumatología (...). El paciente era apto para el tipo de intervención propuesta (...). Previo a la intervención consta que (...) fue informado tanto de la técnica a realizar de colocación de prótesis total de rodilla, así como de sus riesgos, existiendo un consentimiento informado escrito específico firmado por el paciente, cumpliendo los requisitos de tiempo, forma y con detalle del procedimiento a realizar y de los potenciales riesgos, donde quedan reflejados de manera expresa los riesgos de infección de implante protésico de rigidez articular (...). El desarrollo de una infección protésica y la rigidez articular son riesgos descritos, imprevisibles e inevitables y consustanciales al procedimiento quirúrgico, por lo que todo paciente sometido a la colocación de la prótesis total de rodilla tiene la obligación de soportar (...). El procedimiento quirúrgico y la técnica elegida para la colocación de la prótesis total de rodilla es la ajustada a los criterios universalmente aceptados en la práctica médica (...). Ante un paciente con prótesis de rodilla dolorosa se debe descartar siempre proceso infeccioso. En el caso de (este paciente) se realizaron las pruebas diagnósticas oportunas, analítica con medición de PCR y gammagrafía ósea, resultando ambas pruebas negativas para infección. Por tanto, atendiendo al algoritmo diagnóstico para valorar la probabilidad de infección protésica ante una prótesis de rodilla dolorosa podemos concluir que la probabilidad de infección protésica era baja (...). La indicación de recambio protésico en un tiempo fue completamente adecuada debido a que se trataba de un paciente con prótesis de rodilla dolorosa, rígida y con baja probabilidad de infección según las pruebas diagnósticas preoperatorias (...). La ejecución del

recambio protésico fue correcta, haciendo hincapié en que se mandaron muestras intraoperatorias para cultivo microbiológico, pudiendo diagnosticar una infección oculta y con ello realizar un tratamiento específico con el fin de evitar la sobreinfección del nuevo implante protésico insertado”, obteniendo “un resultado satisfactorio final (...). Según la clasificación de Tsukayama se trata de una infección protésica tipo I, que es aquella en la que se obtienen cultivos intraoperatorios positivos (...) de las muestras quirúrgicas intraoperatorias de un paciente que es sometido (a) un recambio protésico en un tiempo. Ocurre en alrededor de un 5 % de los casos. Son infecciones subclínicas de la prótesis que se diagnostican mediante aislamientos en el recambio articular sin sospecha de infección preoperatoria. La etiología más frecuente son los *Staphylococcus coagulasa* negativos (...) como por ejemplo el *Staphylococcus lugdunensis*, que fue el agente etiológico principal de la infección protésica (del paciente) (...). El tratamiento de las infecciones tipo I de Tsukayama consiste en tratamiento antibiótico específico contra el agente etiológico durante aproximadamente 3 meses, tal y como se pautó (...). De la documental analizada, como se describe en las anotaciones clínicas, consideramos que no existe una inobservancia del deber de cuidado, puesto que en todo momento ha existido un seguimiento continuo y estrecho del paciente, tratando tanto la patología inicial (...) (gonartrosis) mediante la cirugía de artroplastia total de rodilla como las complicaciones sufridas durante el periodo posoperatorio de manera apropiada, inmediata, sin dilaciones indebidas y acorde a las pautas y estándares habituales establecidos en la días de práctica clínica”.

El informe concluye que “después del análisis de la documentación aportada consideramos que no existe negligencia, culpa y/o mala praxis”.

6. Mediante oficio notificado al interesado el 30 de marzo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 21 de abril de 2021, el reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que señala que el 6 de junio de 2017 se le realiza “una operación de cirugía” en el Hospital y que durante la misma fue “infectado

de *S. aureus* y *S. lugdunensis*, según resulta de la historia clínica obrante en el expediente: informes del Servicio de Traumatología y notas de progreso./ Así, tras la citada operación y de acuerdo con las notas de progreso (19 de septiembre de 2017)" permanece "ingresado hasta el 22 de septiembre, siendo alta en dicha fecha tras tratamiento antibiótico intravenoso y observación (...). Al respecto debe destacarse que durante el ingreso se (le) trató con antibiótico intravenoso. Es decir, que tras tratamiento antibiótico la PCR se reduce a 4,99 mg/dl, lo que indica la persistencia de la infección".

Afirma que "desde la cirugía de junio de 2017 la evolución es mala, como resulta de las notas de progreso y de los informes médicos obrantes en la historia clínica, no en vano finalmente se confirma la infección por *S. aureus* y *S. lugdunensis* en la prótesis, por lo que el 26 de abril, según notas de progreso, se decide programar una nueva cirugía, la segunda en menos de un año./ Por tanto, a consecuencia de la infección por *S. aureus* y *S. lugdunensis*, adquirida en la intervención realizada el 6 de junio de 2017" debe "ser operado de nuevo el 25 de octubre de 2018 para el cambio de la prótesis implantada en 2017./ Concretamente, y según recoge el informe del Servicio de Traumatología de (...)23 de septiembre de 2020 (...), "en cultivos intraoperatorios tomados durante la retirada de la prótesis previa aparece *S. aureus* y *S. lugdunensis*, precisando profilaxis prolongada de antibioterapia intravenosa y posterior pauta de antibiótico oral"./ Por tanto, a pesar de que el citado informe indica que: "el recambio no se indicó por una sospecha de infección en la prótesis, sino por la limitación de la movilidad (y) el dolor que refería el paciente. La infección fue un hallazgo casual intraoperatorio (infección tipo I)", lo cierto es que las notas de progreso del citado ingreso reflejan en el diagnóstico inicial: "sospecha celulitis rodilla derecha sobre PTR", diagnóstico que se confirma en el informe de alta del Servicio de Traumatología (...), que recoge como diagnóstico principal "celulitis rodilla derecha", siendo las causas más comunes el *Streptococcus pyogenes* y el *Staphylococcus aureus*".

Concluye que "a causa de la infección por *Streptococcus pyogenes* y el *Staphylococcus aureus*, adquirida en el quirófano el 6 de junio de 2016 (*sic*), he tenido que ser intervenido de nuevo con el cambio de la prótesis de rodilla,

habiendo permanecido en situación de incapacidad temporal desde esa fecha, pasando finalmente a situación de incapacidad permanente total”.

7. El día 29 de abril de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El motivo del recambio de la prótesis fue la limitación de la movilidad y el dolor que presentaba. Ni la exploración de las pruebas realizadas (gammagrafía) evidenciaron signos de infección que solo se puso de manifiesto en la toma de muestras intraoperatoria. Por otra parte, la infección de implante protésico y la rigidez articular constituyeron la materialización de unos de los riesgos típicos de este tipo de procedimientos que consta en el documento de consentimiento informado que el paciente suscribió”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de junio 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 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 como titular del servicio público sanitario.

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 en una oficina de correos y el sellado efectuado por esta no permite confirmar la fecha de presentación; no obstante, consta su entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 3 de junio de 2020. Por ello, teniendo en cuenta que es en el informe del Servicio de Traumatología del Hospital fechado el 17 de junio de 2019 donde se deja constancia de que "la situación" del paciente "es definitiva y no va a mejorar con tratamientos" (estabilización secuelar), cabe concluir que se acciona 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 el interesado reclama una indemnización por los daños sufridos como consecuencia de una infección bacteriana que habría sido adquirida en el marco de una cirugía para la implantación de una de prótesis en su rodilla derecha.

Acreditada su efectividad a la vista de la documentación obrante en las actuaciones, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 eventualmente pueda sufrir 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 obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por el 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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 esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que

esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto ahora analizado, el interesado basa su pretensión en el hecho de que durante una operación de implantación de prótesis de rodilla derecha, llevada a cabo el 6 de junio de 2017 en el Hospital, fue contagiado con unas bacterias (*Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus lugdunensis*) que le provocaron una grave infección que derivó en la necesidad de someterle, el 25 de octubre de 2018, a una nueva intervención para la sustitución de la prótesis. La infección descrita sería el motivo tanto de la segunda cirugía como de un grave empeoramiento de su situación que culminaría con una declaración de incapacidad permanente total.

Planteada en estos términos la reclamación, procede abordar a continuación el contenido de la documentación incorporada al expediente por parte de la Administración.

El informe del Servicio de Traumatología del Hospital de 23 de septiembre de 2020 advierte, respecto a la segunda intervención de implante (octubre de 2018), que el recambio de la prótesis no se indicó por sospecha de infección, sino por la limitación de la movilidad y el dolor que refería el paciente; prueba de ello sería la circunstancia de que es en los cultivos intraoperatorios - tomados durante la retirada de la prótesis previa- (hallazgo casual intraoperatorio/infección de tipo I) cuando se detecta el *Staphylococcus aureus* y el *Staphylococcus lugdunensis*, y que en la valoración de consultas externas (realizada entre enero y abril de 2018), previa a la intervención de octubre de 2018, se descartó infección por prueba gammagráfica. Asimismo, señala que tras la detección se sometió al paciente a profilaxis prolongada de antibioterapia intravenosa y posterior pauta de antibiótico oral.

Obra en el expediente documentación acreditativa de la realización de profilaxis antibiótica en la intervención practicada al paciente el 7 de junio de 2017, incorporada por la Gerencia del Área Sanitaria III. Entre dichos documentos figura la hoja quirúrgica de enfermería de 7 de junio de 2017, en la que consta, dentro del apartado relativo a productos y material utilizados, "profilaxis antibiótica:/ Cefazolina 1"; asimismo, obra entre ellos un informe de

alta de enfermería, fechado el 19 de junio de 2017, en el que se recoge que durante la estancia del paciente en nuestra Unidad se “le realizan curas de la herida quirúrgica con clorexidina y se aplica media compresiva sobre los apósitos, así como se le recomienda aplicar hielo por la inflamación que en el momento del alta de nuestro Servicio parece resuelta”.

El informe pericial aportado por la entidad aseguradora de la Administración -evacuado por dos especialistas, uno de ellos en Cirugía Ortopédica y Traumatología y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo- advierte que ante un paciente con prótesis de rodilla dolorosa se debe descartar siempre un proceso infeccioso, y que en el caso que nos ocupa se habrían realizado las pruebas diagnósticas oportunas (analítica con medición de PCR y gammagrafía ósea), resultando ambas negativas para infección. Por ello, y atendiendo al algoritmo diagnóstico para valorar la probabilidad de infección protésica ante una prótesis de rodilla dolorosa, cabría concluir que la probabilidad de infección protésica era baja. Por otra parte, refiere que la ejecución de recambio protésico fue correcta, habiéndose enviado muestras intraoperatorias para cultivo microbiológico en las que se pudo diagnosticar una infección oculta y con ello realizar un tratamiento específico; asimismo, señala que una infección protésica tipo I en un paciente que es sometido a un recambio protésico ocurre en alrededor de un cinco por ciento de los casos, y que son infecciones subclínicas de la prótesis que se diagnostican mediante aislamientos en el recambio articular si se sospecha de infección preoperatoria, precisando que para este tipo de infecciones se aplica tratamiento antibiótico específico contra el agente etiológico durante aproximadamente tres meses, tal y como se pautó a este paciente. Según el informe, el desarrollo de una infección protésica y la rigidez articular son riesgos descritos, imprevisibles, inevitables y consustanciales al procedimiento quirúrgico de implantación de prótesis total de rodilla.

Dicho lo anterior, 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 técnica 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 definitiva, en el caso que ahora examinamos el reclamante se limita a invocar que en el marco de la operación de implantación de prótesis de rodilla de junio de 2017 adquirió una grave infección bacteriana, y que ello provocó su

progresivo empeoramiento hasta llegar a la actual situación de incapacidad permanente total. Ahora bien, no se detiene a analizar o cuestionar los puntuales hitos del proceso asistencial ni ha presentado pericial alguna que avale su tesis, circunscribiéndose a afirmar que el proceso infeccioso deriva de la intervención y que la posterior sustitución de la prótesis fue motivada por esta; aseveración que, por otro lado, se basa solo en su mera opinión. En ningún momento se logra aislar una concreta infracción de la *lex artis* en las actuaciones llevadas a cabo; e incluso después de reexaminar el expediente en el trámite de audiencia se limita, esencialmente, a reiterar los postulados de su reclamación inicial, omitiendo la presentación de elementos probatorios suficientes para cuestionar el criterio de los informes técnicos aportados por la Administración.

Frente a ello, todas las periciales obrantes en el expediente, único material probatorio sobre el que puede pronunciarse este Consejo, aprecian que la actuación médica se ajustó a la *lex artis ad hoc*. En la intervención quirúrgica de junio de 2017 se efectuó la oportuna profilaxis antibiótica (Cefazolina 1), y durante la estancia del paciente en el hospital le fueron realizadas las correspondientes curas de la herida con clorexidina. El recambio de la prótesis no se habría indicado por sospecha de infección, sino por la limitación de la movilidad y el dolor que refería el paciente, y en la valoración de consultas externas previa a la intervención de 2018 la prueba gammagráfica descartó una infección que tras su posterior detección -de forma intraoperatoria- se aborda de manera apropiada, con el sometimiento del paciente a profilaxis prolongada de antibioterapia intravenosa y subsiguiente pauta de antibiótico oral.

Por otro lado, en el consentimiento informado para prótesis total articular de la rodilla firmado por el paciente el 19 de enero de 2017 figura, entre los riesgos más frecuentes e importantes, la “infección del implante, que obligaría a la extracción de los componentes si el tratamiento antibiótico fracasa” (en el mismo sentido, el consentimiento informado para recambio o retirada de prótesis total de rodilla firmado por el paciente el 26 de abril de 2018 advierte sobre la posibilidad de “infección a nivel de la herida operatoria que, en algunos casos, puede desembocar en sepsis y muerte”).

En conclusión, 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 al reclamante ni un déficit en las medidas de asepsia empleadas. 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.