

Dictamen Núm. 205/2024

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 5 de diciembre de 2024, 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 21 de agosto de 2024 -registrada de entrada el día 28 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los perjuicios sufridos a raíz de la fractura e infección del material de osteosíntesis implantado en un centro público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 19 de diciembre de 2023, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los perjuicios y secuelas sufridos a raíz de la rotura e infección del material de osteosíntesis implantados en una cirugía.

Refiere que el día 3 de abril de 2018 se le practicó en el Hospital “X” una cirugía de reducción de una “fractura metafisaria de tibia distal+bifocal de

peroné izquierdo” con material de osteosíntesis, siendo el control postoperatorio “satisfactorio”. En la revisión de 30 de mayo de 2018 se aprecia la “rotura de (la) placa de osteosíntesis de tibia” por lo que es nuevamente intervenido en el mismo centro el día 8 de junio de 2018. Los cultivos intraoperatorios practicados en esta cirugía son positivos para *Staphylococcus aureus*, si bien, tras evolucionar de manera favorable, recibe el alta hospitalaria. El 8 de julio de 2018 es atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital “X” y se le diagnostica “infección de osteosíntesis” en la extremidad intervenida, por lo que se somete a una nueva cirugía de “desbridamiento y lavado de osteosíntesis”.

Continúa relatando que el 1 de marzo de 2019, tras presentar nuevamente clínica indicativa de infección en la misma pierna, le reintervienen resultando nuevos gérmenes en los cultivos intraoperatorios. El 25 de abril de 2019 es intervenido de nuevo para retirar fijador externo y se aísla un germen distinto en el cultivo. Por otra parte, el 7 de mayo del mismo año es visto en el Servicio de Salud Mental del Hospital “X” que le diagnostica “reacción de adaptación mixta de ansiedad y depresión”.

Según señala, el 21 de abril de 2020 es atendido “para segunda opinión por el Servicio de Traumatología del Hospital ‘Y’” que le diagnostica “osteomielitis crónica tibia izquierda tercio medio y distal tipo IV C, así como pseudoartrosis infectada tercio distal tibia izquierda resistente al tratamiento” y propone como tratamiento “amputación transtibial”.

El 22 de junio de 2020 vuelve a ser intervenido en el Hospital “X”, que practica “resección foco de pseudoartrosis tibia y peroné distales en pierna izquierda con posterior fijación externa de segmento óseo”. A lo largo de los años 2020 y 2021 se le practican nuevas cirugías en el Hospital “X” para tratar de solucionar la patología infecciosa y finalmente, el 19 de diciembre de 2022 causa “alta con secuelas permanentes tras proceso de salvamento en extremidad”; asimismo, “ha sido declarado en situación de incapacidad permanente absoluta a instancia del Instituto Nacional de la Seguridad Social”.

Afirma que la asistencia prestada en el Hospital "X" "no se ha ajustado en ningún modo al criterio de la *lex artis*, todo ello teniendo en cuenta el flagrante incumplimiento de las medidas de asepsia y prevención de infecciones hospitalarias", que le llevó a contraer "infecciones nosocomiales con sucesivas intervenciones quirúrgicas", viéndose afectado por los gérmenes "*Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Staphylococcus lugdunensis*, *Staphylococcus epidermis*, *Escherichia coli*, *Corynebacterium minutissimum*, *Enterococcus faecalis* y *Staphylococcus epidermis*".

Manifiesta que "las infecciones por *Staphylococcus aureus* y *Serratia marcescens* tienen un inequívoco origen hospitalario" y "deberían haber sido evitadas con un cumplimiento estricto y eficaz de los protocolos de prevención de infecciones nosocomiales, circunstancias que acreditan sin lugar a dudas la ruptura de la cadena de asepsia". Señala, por otro lado, que "la mención del riesgo de infección en los sucesivos consentimientos informados" no puede ser una "patente de corso" para prestar cobertura a una actuación contraria a la *lex artis*.

Por otra parte, reprocha a la Administración sanitaria una mala praxis en la primera cirugía ante el "inexplicado fallo de material de osteosíntesis, concretamente la rotura de la placa de tibia distal medial izquierda de titanio" que, según afirma, ha sido provocada por "una errónea selección de la placa y/o tornillos" o "en su caso por una indebida colocación de la placa", circunstancias que entiende son "totalmente independientes de la infección, que bien podría producir el aflojamiento del material, pero en ningún caso la rotura".

Cuantifica el daño sufrido, según el baremo establecido para los accidentes de circulación, en la cantidad de cuatrocientos cuarenta y tres mil ciento ochenta y cuatro euros con treinta y siete céntimos (443.184,37 €), comprensiva de 109 días de perjuicio grave, 1.623 días de perjuicio moderado, intervenciones quirúrgicas, secuelas y gastos de asistencia sanitaria,

farmacéuticos y de ortopedia, perjuicio moral por pérdida de calidad de vida y lucro cesante.

Adjunta diversa documentación médica y justificantes de los gastos soportados.

2. Con fecha 5 de febrero de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio, el nombramiento de instructor, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo para la resolución y notificación del mismo y los efectos del silencio administrativo.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el día 12 de febrero de 2024 el Gerente del Área Sanitaria V le remite una copia de la historia clínica del paciente junto con los informes de los Servicios de Medicina Preventiva y de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital "X".

En el informe del Servicio de Medicina Preventiva, de fecha 2 de febrero de 2024, se expresa que "el material quirúrgico empleado en la intervención fue esterilizado en la central de esterilización, donde se realizaron los controles físicos, químicos y biológicos pertinentes", lo que garantizaba "que el material empleado en la intervención estaba limpio y esterilizado (...). No nos consta (...) que se transgredieran las medidas de asepsia quirúrgicas habituales en ninguna de las intervenciones quirúrgicas". Afirma que "entre los años 2018 y 2021 se realizaron 210 controles ambientales (420 muestreos volumétricos de 1000 litros de aire) en los quirófanos" del Hospital "X", así como "el seguimiento de 1.233 procedimientos quirúrgicos de Traumatología, se diagnosticaron 33 casos de infección de herida quirúrgica, una incidencia acumulada del 2,68 %. La incidencia de infección de herida quirúrgica en Traumatología es inferior al estándar establecido del 4 % (...). Entre los años 2018 y 2021 no tenemos registrada una variación anual estadísticamente significativa en la incidencia de

infección quirúrgica” que oscila entre el 3,29 % y el 1,98 %. Añade que “los microorganismos aislados por cultivo en la herida: *Staphylococcus aureus*, *Serratia* y *Streptococcus lugdunensis* y *Escherichia coli* no están clasificados como de alto riesgo epidémico en centros sanitarios por lo que están recomendadas las medidas de precaución estándar, aquellas que se aplican a todos los pacientes para evitar la transmisión cruzada de infecciones entre pacientes y la prevención de riesgos laborales entre personal sanitario”.

En el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de 5 de febrero de 2024, se describe el curso clínico y el estado de las secuelas del paciente.

4. Con fecha 9 de abril de 2024 el Instructor del procedimiento solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V que remita los estudios radiológicos que se indican dado que “uno de los puntos de la reclamación es la rotura de la placa de osteosíntesis de la tibia por supuesto error técnico en la primera intervención”.

El día 15 del mismo mes la Gerente del Área Sanitaria V le remite dichos estudios.

5. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el día 8 de mayo de 2024 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. En él, tras revisar la historia clínica, señala que la fractura que sufrió el paciente “es grave e inestable y la indicación quirúrgica es de elección, no siendo susceptible el tratamiento conservador. Tanto el diagnóstico como la decisión terapéutica fueron correctas (...). El paciente fue informado de la cirugía a realizar y firmó el documento de consentimiento informado (...) que detallaba la técnica quirúrgica y los riesgos potenciales de la intervención (...). Queda acreditado con el control radiográfico que la osteosíntesis realizada fue correcta (...). Se realizó seguimiento en consulta externa del paciente (...), indicándose

las pautas postoperatorias adecuadas, especificando que no debía apoyar la pierna intervenida (...). En el control del día 30-05-2018, se objetiva una rotura de la placa de osteosíntesis de la tibia, por lo que se indicó reintervenir quirúrgicamente para retirar la placa y realizar nueva osteosíntesis. La indicación de la reintervención fue correcta puesto que la placa rota no ejerce la función de osteosíntesis y se debía implantar una nueva placa estabilizadora (...). No es correcta la afirmación realizada en la demanda respecto a que el motivo de la rotura de la misma fue que "la osteosíntesis previa fuese incorrecta (...). La placa implantada inicialmente era suficiente para la osteosíntesis de la fractura, teniendo 4 tornillos proximales y 4 distales al foco de fractura. El motivo de la rotura de la placa fue el estrés provocado por el apoyo del paciente de manera precoz, y no un defecto de osteosíntesis (...). La pérdida de fijación de la fractura es un riesgo que quedaba contemplado en el consentimiento informado que firmó", y considera que "queda acreditado con la Rx postoperatoria que la intervención quirúrgica (...) fue correcta" y que "la cirugía se realizó bajo control radioscópico y bajo tratamiento antibiótico profiláctico". Recuerda que "la infección postoperatoria y la pseudoartrosis o ausencia de consolidación son riesgos descritos ampliamente en la literatura científica en el tratamiento de este tipo de fracturas".

En cuanto a la infección de la herida quirúrgica expresa que "se realizó correcta profilaxis antibiótica (...) tanto en las cirugías realizadas los días 03-04-2018 y 08-06-2018", y destaca que, "según queda acreditado en el informe de Medicina Preventiva, en el año 2018 la incidencia acumulada de infección en Traumatología estaba inferior al estándar establecido del 4 %, habiéndose realizado los controles habituales y no habiéndose observado un mayor pico de incidencia de infección". Afirma que "una pseudoartrosis séptica de tibia es una lesión impredecible e inevitable, y se trata de una lesión muy grave que puede desembocar en la amputación del miembro" y manifiesta que "no se puede considerar como negligente que se hayan materializado riesgos habituales para este tipo de fracturas". Concluye que "el tratamiento realizado

durante todo el seguimiento fue completamente correcto poniéndose todos los medios de manera multidisciplinar para la curación de la infección y consolidara la fractura”.

6. Mediante oficio notificado al interesado el día 26 de junio de 2024, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de la documentación obrante en el expediente.

7. El día 19 de julio de 2024 el interesado presenta en el Registro Electrónico un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su pretensión. Afirma que el informe librado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias “no ofrece ningún tipo de explicación al sorprendente fallo de material de osteosíntesis” y subraya que “el documento de consentimiento informado no hace mención en ningún punto a la rotura de prótesis (...) no existiendo finalmente prueba alguna acreditativa de la supuesta sobrecarga por apoyo del paciente de manera precoz, existiendo tan solo y en toda la historia clínica, una breve, genérica y no acreditada afirmación en la consulta de Traumatología de fecha 30-05-2018, que establece que el paciente ha estado cargando peso en la pierna intervenida, todo ello sin mayor precisión y especificación”.

8. Con fecha 29 de julio de 2024, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar que la asistencia fue adecuada. En ella señala que “a pesar de que el reclamante sostenga, sin apoyo técnico ni pericial alguno, que el motivo de la rotura de la placa fue ‘la errónea selección de la placa y/o tornillos, o en su caso la indebida colocación de la placa’, lo cierto es que (...) la rotura de la placa guarda relación con la sobrecarga prematura provocada por el apoyo del paciente de manera precoz, y no un defecto de osteosíntesis ni una mala elección ni implantación

de la misma, carga que no estaba autorizada aún, según consta en la historia clínica, aunque el reclamante niegue esta circunstancia alegando que se trata de una afirmación genérica (...) y que no hay prueba acreditativa”; sin embargo, figura en aquella que “el 30-05-2018, el día en que se diagnostica la rotura (...), ‘el paciente ha estado cargando peso en la pierna intervenida’”.

Indica que, en este caso, “se han materializado dos de los riesgos típicos descritos para este tipo de fracturas: el fracaso de una osteosíntesis y la infección nosocomial, de los cuales el reclamante fue informado previamente”. En cuanto a este último riesgo afirma que se cumplió “el estándar de asepsia (...) aunque no se haya podido evitar la aparición de una infección nosocomial”, pues “se realizó correcta profilaxis antibiótica (...) en las cirugías realizadas los días 03-04-2018 y 08-06-2018, se le trató al paciente de manera adecuada la infección una vez conocida, y, además, según queda acreditado en el informe de Medicina Preventiva, en el año 2018 la incidencia acumulada de infección en el Servicio de Traumatología era inferior al estándar”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de agosto de 2024, 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 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 19 de diciembre de 2023, habiendo tenido lugar la estabilidad clínica y determinación del alcance de las secuelas el día 19 de diciembre de 2022 -según consta en el informe que obra en la historia clínica (folios 6 y 7)- por lo que es claro que ha sido formulada 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.

Si bien el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología es meramente descriptivo del curso asistencial y no aborda el análisis de los daños y el nexo causal invocado por el reclamante, tal carencia -que hemos advertido en consultas anteriores (por todas, Dictamen Núm. 47/2023)- no impide en el caso que analizamos nuestro pronunciamiento sobre el fondo del asunto, considerando que el resto de los informes obrantes en el expediente se pronuncian sobre los extremos indicados.

Finalmente, 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 por los perjuicios sufridos a causa de la rotura e infección del material de ostesíntesis implantado en un centro sanitario público.

Las facturas aportadas por el interesado acreditan la realidad de algunos de los gastos reclamados; asimismo, la documentación médica incorporada al expediente prueba la efectividad de las secuelas sufridas. Por tanto, hemos de considerar acreditados tales daños dejando, por ahora, al margen cuál deba ser su exacta cuantificación económica, cuestión esta que abordaremos más adelante de concurrir el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial que se demanda.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* 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.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), 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 automáticamente 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante y cuya efectividad ha sido acreditada 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 viene reiterando 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*). Asimismo, como venimos señalando de forma constante (por todos, Dictamen Núm. 91/2021) corresponde a la Administración la carga de probar que adoptó las medidas necesarias para evitar que el paciente contrajera la infección, siendo exigible una explicación suficiente sobre el modo de actuar en el caso planteado para poder dilucidar la corrección del proceder en la aplicación de los protocolos de asepsia conforme al criterio de la *lex artis*.

En el caso examinado el perjudicado sostiene -sin aportar pericial alguna en apoyo de sus afirmaciones- que la rotura de la placa de sujeción se debió bien a “una errónea selección de la placa y/o tornillos” o bien a “una indebida colocación de la placa”. Reprocha asimismo a la Administración sanitaria “el flagrante incumplimiento de las medidas de asepsia y prevención de infecciones hospitalarias” que le llevó a contraer “infecciones nosocomiales con sucesivas intervenciones quirúrgicas”.

Frente a las afirmaciones de parte, carentes de cualquier prueba que las avale, la pericial médica aportada por la Administración, conformada por los informes emitidos por los especialistas de los servicios intervinientes del Hospital “X”, a los que se suma el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora del servicio público sanitario, desvirtúan tales

imputaciones. En particular, con relación a la fractura del material de osteosíntesis, el autor de este último informe, que es especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, justifica que la decisión de reducir quirúrgicamente la fractura fue acertada y destaca que la intervención fue correctamente realizada desde el punto de vista técnico, según acredita el control radiográfico postoperatorio. En el mismo informe se justifica que se siguió al paciente en consulta externa y se le comunicaron las pautas postoperatorias que debía seguir, entre las que cabe destacar, por lo que ahora nos interesa, que podía caminar sin apoyar la extremidad intervenida, como así resulta de las anotaciones obrantes en la historia clínica correspondientes al día 7 de abril de 2018 (folio 237) y 9 de abril de 2018, fecha del alta hospitalaria (folio 185). Sin embargo, el día 30 de mayo de 2018, en la segunda revisión tras la práctica de la primera cirugía, se practica un control radiográfico en el que se aprecia la rotura de la placa a nivel del foco de fractura. Una anotación practicada ese mismo día en la historia clínica (folio 239) prueba que la fractura del implante no se debe a un “inexplicado fallo de material de osteosíntesis” como pretende el reclamante, sino al hecho de que “el paciente ha estado cargando peso en la pierna intervenida” según consigna el facultativo interviniente, afirmación esta que no requiere de mayor concreción -por ser suficientemente explícita- ni de ninguna otra prueba adicional por parte del servicio público, pues dada la redacción empleada, no parece una anotación subjetiva del facultativo sino la constatación documental de una manifestación realizada por el propio paciente en el curso de la visita de seguimiento. En suma, a falta de prueba en contrario aportada por la parte reclamante, la rotura de la placa de osteosíntesis no puede atribuirse a una “errónea selección” o “indebida colocación” de la placa o de los tornillos, como pretende el interesado, sino al hecho de haber desatendido las pautas de cuidado que se le dieron antes del alta hospitalaria, de lo que deriva su obligación de soportar los daños derivados de dicha decisión, esto es, la necesidad de reintervenir para recuperar la fijación perdida

con el consiguiente riesgo de infección, conocido y consentido por él según evidencia el documento de consentimiento informado.

En cuanto al reproche del “flagrante incumplimiento de las medidas de asepsia y prevención de infecciones hospitalarias”, cabe destacar que, frente a las afirmaciones del reclamante, el Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital “X” afirma que el estándar de prevención aplicable al caso examinado es el adecuado y detalla las medidas de asepsia desplegadas. Así, señala que el material empleado en la intervención fue debidamente procesado en la central de esterilización, donde se realizan los controles físicos, químicos y biológicos que garantizan la asepsia del material, en un centro sanitario que dispone de un sistema de vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales, cuyos datos acreditan que la incidencia anual de infección de herida quirúrgica en Traumatología fue inferior al estándar establecido del 4 % durante los ejercicios 2018 a 2021. Esto viene a probar que los protocolos y medidas de asepsia se siguen en el centro concernido de forma ordinaria. En la misma línea, según se destaca en el informe librado a instancias de la compañía aseguradora del servicio público sanitario, se administró al paciente una correcta profilaxis antibiótica en las dos cirugías previas a manifestarse la infección. Por todo ello, podemos considerar que se ha ofrecido una explicación suficiente sobre la aplicación de los protocolos de asepsia en el caso de que se trata, que nos permiten concluir la corrección de la actuación sanitaria conforme al criterio de la *lex artis*.

En todo caso, a propósito de las infecciones nosocomiales viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 257/2020), con cita de la doctrina del Consejo de Estado (entre otros, Dictamen 890/2008), 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". Así se razona también en recientes sentencias del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias (por todas, Sentencia de 29 de marzo de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1113-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) al afirmar 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 (...), justificar que ha cumplido con los protocolos de asepsia en el caso". Por lo expuesto ha de estarse al criterio del Tribunal Supremo (Sentencia de 5 de octubre de 2010 -ECLI:ES:TS:2010:5004-, Sala de lo Contencioso, Sección 6.ª) cuando señala 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 32.1 de la LRJSP) "y, por tanto, constituir una circunstancia excluyente de la responsabilidad patrimonial de la Administración".

En suma, puesto que en el caso de que se trata ha resultado acreditado, en primer lugar, que la rotura de la placa -con la consiguiente necesidad de reintervenir- se debió a un apoyo precoz de la extremidad afectada por parte del paciente en contra de las órdenes médicas y, en segundo lugar, que se pusieron a disposición del paciente todas las medidas de asepsia necesarias,

hemos de concluir que los daños derivados de la materialización de los procesos infecciosos a partir de la segunda cirugía -practicada para corregir la pérdida de fijación originada por la fractura del material inicialmente implantado- constando además como riesgos típicos recogidos en el consentimiento informado suscrito por el reclamante, no pueden imputarse a una asistencia sanitaria inadecuada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.