

Dictamen Núm. 166/2025

**V O C A L E S :**

*Baquero Sánchez, Pablo*  
Presidente  
*Díaz García, Elena*  
*Menéndez García, María Yovana*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Santiago González, Iván de*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de septiembre de 2025, 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 24 de junio de 2025 -registrada de entrada el día 1 de julio de 2025-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados de unas infecciones nosocomiales.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

**1.** El día 22 de mayo de 2024, el interesado presenta en el Registro Electrónico un escrito, por el que interpone una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por los daños derivados de unas infecciones nosocomiales.

Expone que “sufrió un accidente de tráfico con fecha 17 de octubre de 2020, que le produce un traumatismo por caída de motocicleta sobre pie derecho con fractura de pilón tibial y peroné distal derechos, siendo ingresado”

en el Hospital ..... El “día 18 (...) es intervenido de urgencia (...), apareciendo pico febril el 20 de octubre (...), momento a partir del cual se concatenan una serie de acontecimientos desfavorables (...) que terminan en la amputación transtibial de extremidad inferior derecha (...) el día 23 de mayo de 2023. Tal pico febril de fecha 20 de octubre tiene su origen en una infección hospitalaria derivada de la intervención quirúrgica (...), lo que (...) constituye un claro supuesto de mala praxis médica”. Refiere una serie de atenciones médicas, iniciando con la intervención del “18 de octubre de 2020, no constando alta hospitalaria hasta el día 17 de diciembre de 2020; ingresa en Medicina Interna por descompensación de hiperglucemia entre el 1 de junio y el 4 de junio de 2021; se realiza artrodesis tibioastragalina el 2 de febrero de 2023 siendo alta hospitalaria el día 10 del mismo mes; ingresa en Medicina (Interna) por infección de piel y partes blandas secundaria a administración de heparinas de bajo peso molecular con sepsis, el día 20 de febrero de 2023, con alta hospitalaria el día 28 de febrero de 2023; nuevo ingreso en Medicina Interna entre el 16 de marzo y el 22 de marzo de 2023; ingresa el 16 de abril de 2023 siendo tratado por Cirugía Plástica el 20 de abril de 2023 y realizando angio TC el 27 de abril, al parecer mientras se encuentra todavía ingresado; ingresa con relación a amputación el 23 de mayo de 2023, siendo alta hospitalaria el 29 de mayo de 2023”.

Mantiene que “en el caso que nos ocupa, la infección que sufre (...) como consecuencia de la intervención quirúrgica de fecha 18 de octubre de 2020, y que tras la cual se concatenan una serie de acontecimientos desfavorables (...) que terminan en la amputación transtibial de extremidad inferior derecha (...) el día 23 de mayo de 2023, constituyen un claro supuesto de mala praxis médica por parte del Hospital ...../ Entendemos que el *iter* de los acontecimientos no deja lugar a dudas, siendo tal infección la causa última que lleva finalmente, al resultado lesivo”.

Cuantifica la indemnización solicitada en trescientos treinta y un mil doscientos cincuenta y seis euros con cincuenta y nueve céntimos (331.256,59 €).

Adjunta a su escrito, entre otra documentación, copias del “informe provisional” elaborado por una clínica privada y fechado a mayo de 2024, relativo a la determinación y valoración de las “lesiones y secuelas que presenta este paciente a raíz de un accidente sufrido el día 17 de octubre de 2020”; un informe de Psicología Clínica de Atención Primaria, fechado a 20 de mayo de 2022; el informe de readaptación podológica, elaborado por una clínica privada y fechado a 24 de mayo de 2022; diversos informes médicos del servicio público sanitario, relativos al proceso asistencial.

**2.** Mediante oficio de 7 de junio de 2024, la Jefa de 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, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento, la designación de instructora, así como su régimen de recusación, y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el día 9 de julio la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área Sanitaria IV le remite copia de la historia clínica del reclamante y un informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital .....

En dicho informe, de 8 de julio de 2024, se expone que el afectado “ha recibido un tratamiento multidisciplinar en un hospital de tercer nivel con alta especialización y con la participación de los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, el de Cirugía Plástica, el de Medicina Interna PROA (Programa de Optimización de Uso de los Antibióticos) Infecciosas, Rehabilitación y la Unidad de Heridas Crónicas, principalmente./ El tratamiento ha sido correcto y

siguiendo la práctica médica habitual según (la) *lex artis*. Se aplicó en tiempo correcto atendiendo a las necesidades de cada fase del proceso y de manera adecuada y precisa./ Para las intervenciones quirúrgicas a las que se sometió el paciente, este firmó el consentimiento informado en el que se especifica como riesgo típico la infección de la herida quirúrgica y la necrosis cutánea, entre otros./ En las cirugías se le administró la profilaxis antibiótica siguiendo los protocolos./ El episodio febril que tuvo el 20-10-20, tras la primera cirugía, se valoró y se actuó correctamente, se recogieron hemocultivos y se pautó tratamiento antibiótico intravenoso empírico./ Tras las cirugías se realizó un seguimiento correcto en planta con curas./ Después de la segunda intervención del 3-11-20, al apreciar un exudado de la herida es valorado, tratado y seguido por PROA Infecciosas (5-11-20). El tratamiento se realizó según el antibiograma./ Al apreciar un empeoramiento del estado de la herida después de la segunda intervención se realizó una limpieza urgente, durante la guardia, el 11-11-20./ Al valorar después de esta limpieza una dehiscencia de la herida es valorado, tratado y seguido por el Servicio de Cirugía Plástica desde el 12-11-20./ Fue sometido a una cobertura cutánea con un colgajo libre, a una artrodesis, a un desbridamiento por necrosis parcial del colgajo, a una limpieza y extracción de material y, finalmente, a una amputación transtibial derecha./ El paciente fue presentado en sesión clínica del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología” del Hospital ..... “en las ocasiones que se intervino (...) fue valorado en sesión clínica por todo el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (...), avalando la amputación transtibial derecha./ Durante el proceso sufrió el debut de una diabetes, un hipotiroidismo, una infección de la pared abdominal por un pinchazo de Heparina y una amigdalitis estreptocócica con sepsis”.

4. El día 30 de octubre de 2024, la Gerencia del Área Sanitaria IV remite a la Instructora del procedimiento las “radiografías y tac de pierna derecha”,

realizados desde el 17 de octubre de 2020 al 17 de diciembre de 2020, y las radiografías de la pierna derecha “realizadas en 2021, 2022 y 2023”.

**5.** A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 2 de enero de 2025, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, suscrito por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En él se expone que el reclamante “sufrió una fractura muy grave del tobillo derecho secundario a un accidente de motocicleta (...). Analizando la radiografía realizada en el Hospital ..... de Urgencias se puede definir la fractura como:/ Fractura suprasindesmal conminuta del maléolo externo/peroné tipo C de Weber o 44-C2 de la AO (...). Fractura de pilón tibial tipo 43-C1 de la AO, del maléolo medial y maléolo posterior de tibia con desplazamiento de la carilla articular no tolerable (...). Presentaba desalineación no tolerable en valgo de la articulación tibio-peroneo-astragalina (...). Se sabe que el tratamiento de elección de este tipo de fractura inestable y con desplazamiento no tolerable tanto de la carilla articular tibial como del eje tibioastragalina, es quirúrgico. No existía alternativa terapéutica para el tratamiento de esta fractura (...). Queda acreditado que se realizó la osteosíntesis de la fractura según los principios de la AO que marcan los estándares de osteosíntesis: (...) Reducción de maléolo externo y osteosíntesis con placa de neutralización (...). Reducción de maléolo interno con 2 tornillos de compresión (...). Reducción de maléolo posterior de tibia con 1 tornillo de compresión. (...) precisó reintervención quirúrgica al observarse con la tac posoperatoria que la reducción del maléolo posterior del pilón tibial no estaba anatómicamente reducida. Se decidió reintervención para intentar mejorar la congruencia articular tibial”. Considera el perito informante que “la indicación de reintervención quirúrgica fue correcta. Cuanto más anatómica quede la articulación fracturada mejor es el pronóstico y resultado final de la lesión. La artrosis postraumática es frecuente tras una fractura de

tobillo y del pilón tibial, pero la incongruencia articular conlleva a una mayor posibilidad de artrosis articular, rigidez y necesidad de artrodesis articular precoz (...). El resultado radiográfico tras reintervención quirúrgica muestra reducción anatómica y correcta osteosíntesis de la fractura”.

En cuanto al deber de información preoperatoria, estima que “no hubo falta” ya que el enfermo “fue informado de la fractura que presentaba y que precisaba cirugía de osteosíntesis. El paciente firmó (el) documento de consentimiento informado para la intervención inicial urgente del 17-10-2020 y la reintervención del día 03-11-2020, donde se especificaba que se iba a realizar osteosíntesis de fractura de tobillo y los riesgos potenciales”. Desafortunadamente, “sufrió necrosis cutánea y posterior infección de la zona del maléolo medial del tobillo durante el posoperatorio (...). El riesgo de necrosis cutánea e infección eran riesgos descritos en la literatura científica y contemplados en los consentimientos informados que firmó el paciente, siendo riesgos que tenía obligación de soportar (...). El tratamiento de cirugía de cobertura por parte del Servicio de Cirugía Plástica y posterior desbridamiento, extracción de tornillos en lecho infeccioso y antibioterapia es el tratamiento habitual para el (...) defecto de cobertura y de la infección, de hecho (...), evolucionó hacia la curación de la infección y la consolidación completa de la fractura en posición anatómica”. Así, el informante no considera que exista mala praxis “por la materialización de patologías descritas en la literatura científica que aborda este tipo de lesiones y contemplados como riesgos posibles en los documentos de consentimiento informado firmados, y que fueron correctamente tratadas (...). Durante el seguimiento posoperatorio el colgajo evolucionó de manera favorable y se curó la infección y se pautó terapia rehabilitadora (...). Se consiguió consolidación completa de la fractura en posición anatómica, pero desarrolló una artrosis tibiotalar severa como se puede observar en las radiografías del 13-01-2022 (...). El desarrollo de la artrosis postraumática en el presente caso era muy probable, a pesar de la

correcta reducción y tratamiento de la fractura, puesto que presentaba varios factores pronósticos negativos” como fractura muy inestable y grave: fractura suprasindesmal de tobillo trimaleolar con afectación articular del pilón tibial, fractura del maléolo posterior tibial y el mecanismo lesional de alta energía. Asevera en la pericial que “el tratamiento de este tipo de fracturas no tiene 100 % de éxito. La tasa de resultados pobres respecto al tratamiento de las fracturas de tobillo está en torno al 20-30 % de los casos, según las distintas series. Se ha demostrado que la afectación del maléolo posterior y la gravedad del traumatismo también predice peores resultados. Además, las fracturas de pilón tibial presentan alta probabilidad de artrosis postraumática (...). La artrosis postraumática no fue motivada por mala praxis asistencial”. Valora, asimismo, que “se pusieron todos los medios para minimizar el riesgo de desarrollo de la artrosis postraumática al conseguir una reducción correcta de la fractura. El origen de la artrosis tibioastragalina fue el propio traumatismo y patrón de fractura del paciente, y que ocurre hasta en un 35 % de los casos de fracturas graves de tobillo y pilón tibial”. Refiere que el día 29-01-2022 se incluyó al concernido en lista de espera quirúrgica y el día 3-02-2023 se intervino quirúrgicamente “por parte del Servicio de Traumatología junto con el Servicio de Cirugía Plástica, realizándose artrodesis de tobillo (...). Ante la presencia de artrosis postraumática severa sintomática con presencia de dolor y limitación funcional invalidante, la indicación quirúrgica de artrodesis de tobillo era de elección”. Aprecia que “la técnica quirúrgica de artrodesis de tobillo realizada fue correcta”, no obstante, “evolució de manera desfavorable presentando necrosis cutánea del colgajo previo e infección de tobillo (...). El riesgo de necrosis cutánea e infección eran riesgos descritos en la literatura científica para la cirugía de artrodesis de tobillo y contemplados en los consentimientos informados que firmó (...) en tiempo y forma, siendo riesgos que el paciente tenía obligación de soportar (...). El 16-04-2023 ingresó por mala evolución del tobillo derecho diagnosticándose de la infección del tobillo

mediante gammagrafía. Se realizó cirugía de desbridamiento y extracción del material de osteosíntesis y se pautó tratamiento antibiótico. Se propuso alternativas quirúrgicas para tratamiento de la ausencia de consolidación y desestructuración de la articulación del tobillo” consistentes en “cirugía reconstructiva que precisa varios tiempos quirúrgicos” o “amputación transtibial”. El afectado decide la opción de “amputación transtibial como tratamiento, firmando el documento de consentimiento informado en tiempo y forma (...). El tratamiento de amputación es una opción quirúrgica posible ante infecciones graves como era el caso. Es más, se dieron todas las alternativas quirúrgicas posibles, pero el paciente decidió voluntariamente la amputación, dado que la alternativa de cirugía de salvamento de la pierna era de muy larga evolución y no garantizaba éxito”. Concluye, pues, que “la técnica quirúrgica de amputación utilizada fue correcta”, que “no existe mala praxis ni por la indicación de amputación ni por la técnica quirúrgica realizada”, que “no hubo inobservancia ni falta del deber del cuidado por parte de los facultativos” y que “se realizaron todas las pruebas diagnósticas y se propusieron y realizaron todas las terapias posibles para la curación del paciente sin demora ni dilaciones indebidas”.

**6.** El día 7 de enero de 2025, la compañía aseguradora de la Administración remite a la Instructora del procedimiento otro informe pericial elaborado por una especialista en Medicina Interna.

Expone que el interesado “sufrir un accidente con resultado de fractura conminuta de tobillo derecho. (...) es intervenido de forma urgente en las siguientes horas, sin retraso diagnóstico ni terapéutico que pueda empeorar el pronóstico funcional. Praxis correcta (...). De forma previa a la cirugía el 17-10-2020 se obtiene consentimiento informado que incluye los riesgos típicos, entre ellos la infección del lecho quirúrgico, que el paciente firma. Praxis correcta (...). De forma previa a la cirugía se administra profilaxis antibiótica



con cefazolina según las recomendaciones vigentes, acorde a la *lex artis ad hoc*. Praxis correcta”. Entiende, por tanto, que “se ponen los medios disponibles para prevenir el desarrollo de una infección del lecho quirúrgico”. No obstante, “presenta posteriormente cuadro febril de origen cutáneo (celulitis); se realiza adecuada exploración de la herida quirúrgica, sin signos de infección, y se pauta tratamiento antibiótico dirigido a la infección cutánea. Praxis correcta (...). Por reducción incompleta de la fractura precisa ser reintervenido con nueva osteosíntesis; se recoge de nuevo consentimiento informado que incluye el riesgo de infección. Praxis correcta (...). El 3-11-2020 se encontraba en tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico por la celulitis diagnosticada de forma previa reciente, por lo que no habría sido necesario administrar profilaxis antibiótica con cefazolina. Que se administra igualmente (...). En la cirugía de revisión del 3-11-2020 no se encuentran focos de infección en el foco de fractura (...). Presenta evolución desfavorable, materializándose el riesgo descrito en los consentimientos recogidos, con infección de la herida quirúrgica. Valorado por el Servicio de Enfermedades Infecciosas, ante la sospecha de infección de material de osteosíntesis, se inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftazidima y vancomicina, de acuerdo con las recomendaciones de las guías clínicas vigentes, avaladas por la Sociedad Española de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (...). Praxis correcta (...). En cultivos recogidos de exudado de herida y biopsia intraoperatoria se obtiene aislamiento de *Enterobacter cloacae* como germen responsable de la infección; se modifica el tratamiento antibiótico, iniciando piperacilina-tazobactam dirigido según antibiograma. Praxis correcta (...). Se instaura tratamiento para erradicar la infección realizando desbridamiento y limpieza quirúrgica el 12-11-2020, conservando el material de osteosíntesis para facilitar la curación de la fractura, además del tratamiento antibiótico sistémico, de acuerdo con las recomendaciones actuales vigentes en caso de infecciones precoces con presencia de material de osteosíntesis. Estando en tratamiento antibiótico

activo dirigido con piperacilina-tazobactam no es precisa la administración de profilaxis antibiótica. Praxis correcta (...). En el estudio preoperatorio el 11-11-2020 se obtiene una determinación de antígeno COVID-19 positiva, falso positivo (resultado positivo en paciente sin infección) con determinaciones posteriores. Se realiza con medidas de protección contra el contagio de la infección. No se produce demora en el tratamiento quirúrgico (...). Se realiza cobertura del defecto cutáneo con colgajo musculocutáneo por parte de Cirugía Plástica el 9-12-2020, previa recogida de consentimiento informado que describe como riesgos típicos la infección del lecho quirúrgico y la necrosis cutánea. Praxis correcta (...). Se mantiene tratamiento antibiótico parenteral, seguido de antibiótico oral con ciprofloxacino dirigido según antibiograma, hasta completar 14 semanas de tratamiento, siendo las recomendaciones de un mínimo de 12 semanas. Praxis correcta (...). Tras suspender el tratamiento antibiótico se mantiene seguimiento clínico y analítico, sin evidencia de recaída de la infección. Praxis correcta (...). En el seguimiento se obtiene crecimiento en exudado de fistula cutánea asociada a la infección de *Staphylococcus epidermidis*, recibiendo tratamiento específico con linezolid del 3 al 26-2-2021. Buena praxis". En este sentido, estima que "no se puede considerar mala praxis la materialización de complicaciones descritas en la literatura científica, que se encuentran contempladas en los documentos de consentimiento informado firmados, y que han sido correctamente tratadas (...). Posteriormente desarrolla una artrosis postraumática severa, que es tratada mediante artrodesis de tobillo realizada de forma conjunta por los Servicios de Traumatología y Cirugía Plástica el 3-2-2023. Se hace profilaxis antibiótica con cefazolina acorde a la *lex artis ad hoc* (...). Precisa de desbridamiento quirúrgico el 28-2-2023 por necrosis del colgajo cutáneo de cobertura previo. En este momento se encontraba bajo tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam y clindamicina por infección intercurrente (celulitis de pared abdominal, causa del ingreso), por lo que no es necesario administrar profilaxis antibiótica de forma

previa a la cirugía. Buena praxis”. Considera así que “el diagnóstico y tratamiento de esta complicación durante un ingreso hospitalario por otro motivo distinto acredita la diligencia exquisita en la valoración global y tratamiento dirigido de los problemas concretos del paciente (...). Presenta evolución posterior desfavorable, precisando reingreso el 16-4-2023 con infección del tobillo con importante afectación de partes blandas demostrada mediante la realización de gammagrafía ósea, sin retraso diagnóstico ni terapéutico. Buena praxis (...). Se realiza desbridamiento quirúrgico amplio y extracción del material de osteosíntesis, bajo cobertura antibiótica empírica con meropenem y vancomicina, por lo que no es precisa la administración de profilaxis antibiótica. Buena praxis (...). Se brinda al paciente en varias ocasiones información detallada de las opciones de tratamiento disponibles en este momento (reartrodesis *vs* amputación), decidiéndose finalmente por la amputación, que se realiza el 25-4-2023 bajo profilaxis antibiótica extendida con vancomicina. Buena praxis (...). En la evolución (...) presenta complicaciones infecciosas independientes del proceso osteoarticular: celulitis de pared abdominal y amigdalitis estreptocócica, que son correctamente diagnosticadas y tratadas en tiempo y forma (...). En la evolución a lo largo de estos años es diagnosticado y tratado de diabetes mellitus 2 e hipotiroidismo, en seguimiento por Endocrinología, sin relación con la patología osteoarticular cuyo análisis nos ocupa”. Concluye que “se pusieron todas las medidas disponibles para evitar el desarrollo de una infección, siendo este un riesgo típico descrito en todos y cada uno de los consentimientos informados firmados por el paciente, y que finalmente se materializó”, que “no hubo inobservancia del deber de cuidado por parte de los facultativos” y que “se ponen en todo momento las medidas de profilaxis y terapéuticas posibles para conseguir la curación sin retrasos ni demoras indebidas”.

**7.** Mediante oficio notificado al interesado el 14 de marzo de 2025, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia en formato electrónico de los documentos obrantes en el expediente.

El día 3 de abril de 2025, el interesado presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones.

Expone que “el problema, no es que un riesgo típico de una intervención quirúrgica pueda materializarse, el problema es que dicho riesgo (además muy frecuente) se materializó en todas y cada una de las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido (...), lo que lleva a concluir que, estadísticamente, que un paciente sufra infecciones posquirúrgicas en, al menos, cuatro intervenciones quirúrgicas, no puede calificarse como la materialización de un riesgo posible, sino en la inexistencia clara y evidente de los más mínimos controles y deber de cuidado por parte de los profesionales encargados de las labores necesarias para que no se produzcan este tipo de infecciones./ Estas continuas infecciones, a lo largo de todas las intervenciones para tratar de resolver la fractura sufrida (...), conllevaron el resultado final de amputación del miembro inferior derecho (...). El hecho de que la infección posquirúrgica sea un riesgo típico descrito en los consentimientos informados y descrito en la literatura científica para la cirugía de artrodesis, no significa que deba restarse importancia al mismo y asumir como algo usual que deban producirse esas infecciones sin darle mayor importancia, sino todo lo contrario. Es decir, tratándose de un riesgo típico, por parte de los servicios sanitarios deben extremarse las precauciones para que el mismo no se materialice y no restarle la trascendencia que tiene en relación a la salud de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica, como se hace en ambos informes periciales, como si se tratara de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar por el mero hecho de tratarse de un riesgo típico y haber firmado un consentimiento informado, sirviendo tales argumentos como una especie de

descarga general de responsabilidad una vez que tal riesgo se materializa, en este caso de manera reiterada en todas y cada una de las intervenciones a las que fue sometido (...). En las reclamaciones derivadas de los daños y lesiones sufridos por el reclamante como consecuencia de infecciones adquiridas en el ámbito hospitalario, corresponde al mismo acreditar que el supuesto contagio se ha producido en dicho ámbito hospitalario, lo cual resulta obvio en el presente caso, en el que todas las infecciones son quirúrgicas, como así además se ha reconocido por los propios peritos que han intervenido a instancias de la Administración, que defienden la correcta praxis médica en base a la firma del consentimiento informado en el que aparecen las infecciones como riesgo de las intervenciones quirúrgicas a las que el reclamante fue sometido. Esta obligación de prueba es necesario ponerla en relación con el principio de facilidad de la prueba, que en su caso determinaría la carga que ha de pesar sobre la Administración de justificar que se habrían adoptado las medidas de asepsia pertinentes en sus instalaciones, así como el hecho de que los sanitarios que intervinieron en el tratamiento estaban libres del patógeno que hubiera sido objeto de contagio (...). Asimismo, entendemos que en el presente supuesto se ha producido un daño desproporcionado, que se refiere a la obligación de la Administración de reparar los daños causados por la acción de sus órganos, cuando estos daños son inusualmente graves, anormales y no esperados en relación con la naturaleza o alcance de la actuación administrativa (...). En el caso que nos ocupa, una fractura de pilón tibial y peroné distal derechos, que debería haber sido resuelta finalmente y después de tres años a través de una artrodesis tibioastralgina, debido a lo que esta parte entiende una clara deficiente mala praxis médica por los motivos ya indicados, derivó en la amputación del miembro inferior derecho (...). El daño desproporcionado en el presente supuesto resulta más que evidente, cumpliéndose además los requisitos jurisprudencialmente exigibles”.

**8.** Previa solicitud de la Instructora, el día 29 de abril de 2025, la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite un informe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

En relación con la concreta situación del Hospital ....., señala que “respecto al Sistema de Vigilancia, Prevención y Control de las Enfermedades transmisibles en el medio hospitalario para el año 2020 no se llevó a cabo debido al estado de alarma del COVID, teniéndose los datos de los años anteriores y posteriores a las cirugías del paciente. Los datos de infección quirúrgica” del Hospital ..... “están por encima de los nacionales, dado que los datos nacionales son para todo tipo de hospitales, independientemente de la complejidad del mismo”. Entiende que, al ser este “un hospital de tercer nivel (...) es normal que sus datos de infección estén por encima de la media nacional. No existe estándar de infección para este tipo de cirugías, por fracturas de tobillo, siendo los datos de infección osteoarticular inferiores a las medias nacionales (...). Revisando los resultados de los controles ambientales rutinarios que se llevan a cabo en los quirófanos, para las fechas cuando fue intervenido (...), no hay positivos para los patógenos testados”.

Refiere, posteriormente, que “respecto a la prevención de la infección del sitio quirúrgico en el paciente, existe constancia que se han tomado las medidas de prevención de infección con la profilaxis quirúrgica con cefazolina 2 gramos, como consta en el registro de anestesia, en las dos cirugías que estaba indicado. No se puede comprobar la preparación del campo quirúrgico porque no existe registro en la historia, y se ha realizado control de la temperatura del paciente durante las cirugías”. Reseña que “la infección de la cirugía del 13-04-2023 es causada por el *Streptococcus pyogenes* (estreptococo del grupo A) que es uno de los patógenos bacterianos más importante de los seres humanos. Este microorganismo ubicuo es la causa bacteriana más frecuente de faringitis aguda y también origina distintas infecciones cutáneas y sistémicas. El mecanismo de transmisión es por vía respiratoria o por contacto directo con

mucosas infectadas. La transmisión rara vez se produce por contacto indirecto a través de objetos contaminados. El reservorio es humano pudiendo existir portadores asintomáticos, el período de incubación para la infección no invasiva varía entre 1 a 3 días, pero para la enfermedad invasiva no está determinado. Desde el año 2022, se viene detectando en Europa un aumento del *S. Pyogenes* tanto en enfermedades invasivas como no invasivas". En este caso, el afectado "tuvo un cuadro de amigdalitis por este microorganismo 16 días después del alta previo (...) y 70 días después de la cirugía, lo cual indica una infección comunitaria. La infección de la herida quirúrgica es 25 días después de la resolución de su cuadro de amigdalitis".

Concluye el informe indicando que "no se han hallado en la historia clínica indicios de mala praxis. Aunque la infección por *S. pyogenes* cumple criterios de infección relacionada con la asistencia sanitaria, los hallazgos clínicos y temporales apuntan a un origen comunitario, relacionado con la amigdalitis previa del paciente".

**9.** Mediante oficio notificado al interesado el 13 de mayo de 2025, la Instructora le comunica la apertura de un nuevo trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia en formato electrónico de los documentos obrantes en el expediente.

El día 5 de junio de 2025, el interesado presenta en el Registro Electrónico un escrito de alegaciones en el que, además de reafirmarse en el argumentario vertido en las alegaciones presentadas anteriormente, señala, en relación con el informe del Servicio de Medicina Preventiva, que "no es más que un informe de escaso rigor, por no decir nulo, elaborado única y exclusivamente para descargar de responsabilidad a la Administración y que denota, por otro lado, la escasísima diligencia" del Hospital ..... "para evitar que los pacientes sufran infecciones hospitalarias".

**10.** El día 16 de junio de 2025, la Instructora formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que “en la historia clínica no se han objetivado indicios de mala praxis. La infección por *S. pyogenes* cumple criterios de infección relacionada con la asistencia sanitaria, en este caso, el paciente cursó un cuadro de amigdalitis por este microorganismo 16 días después del alta previa por el cuadro de celulitis abdominal y 70 días después de la cirugía de artrodesis, de modo que estos hechos clínicos y temporales apuntan a un origen comunitario de la infección, relacionado con la amigdalitis previa (...). Existe constancia en la historia clínica de que se han tomado las medidas preventivas para evitar la infección de la zona quirúrgica, con las profilaxis antibióticas según los protocolos, así mismo se ha realizado control de la temperatura del paciente durante las cirugías, no constando registro específico en la historia sobre la preparación del campo quirúrgico./ Al momento del tratamiento inicial de la fractura (...), fue informado de la complejidad de la misma y de la necesidad de cirugía para su tratamiento. El documento de consentimiento informado para la intervención inicial urgente del 17-10-2020 y resto de cirugías, especifican los riesgos potenciales de infección, necrosis cutánea y artrosis. La tasa de complicaciones en el tratamiento de las fracturas de tobillo está en torno al 20-30 % de los casos, la afectación del maléolo posterior y la gravedad del traumatismo influyen negativamente en el pronóstico de las mismas y la fractura de pilón tibial presenta alta probabilidad de artrosis postraumática. El paciente fue informado en varias ocasiones sobre las opciones de tratamiento disponibles, reartrodesis o amputación, decidiéndose finalmente por la amputación, efectuada el 25-04-2023”.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de junio de 2025, 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 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), el interesado está activamente legitimado, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación.

El Principado de Asturias se halla legitimado pasiva pasivamente, como titular del servicio público sanitario a cuyas concretas actuaciones se atribuye el daño por el que se reclama.

**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 expediente aquí examinado, el escrito inicial se presenta con fecha 22 de mayo de 2024 y, de la documentación médica obrante, se extrae que el reclamante fue intervenido para proceder a una “amputación transtibial plena”, como “secuela infecciosa en fractura de tobillo derecho”, el día 23 de mayo de 2023 (informe del Servicio de Traumatología del Hospital ....., folios 80 a 82 del expediente). A la vista de lo antedicho, cabe concluir que la reclamación resulta tempestiva, por haberse interpuesto 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.

Dicho esto, 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 derivados de unas infecciones nosocomiales.

La documentación incorporada al expediente evidencia la efectividad de un daño. Dicho esto, hemos de reparar en que, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica atribuible a la actividad del servicio público sanitario no implica, automáticamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportarlo.

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 directamente 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 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 dispensado 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, *per se*, 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 asunto sometido a nuestra consideración, el reclamante centra su pretensión resarcitoria en “la infección que sufre (...) como consecuencia de la intervención quirúrgica de fecha 18 de octubre de 2020”, “tras la cual se concatenan una serie de acontecimientos desfavorables (...) que terminan en la

amputación transtibial de extremidad inferior derecha” y que, en su opinión “constituyen un claro supuesto de mala praxis médica por parte del Hospital .....”, manteniendo que “el *iter* de los acontecimientos no deja lugar a dudas, siendo tal infección la causa última que lleva, finalmente, al resultado lesivo”. No obstante, ya en trámite de audiencia, apunta hacia causa más amplia, señalando que “estas continuas infecciones, a lo largo de todas las intervenciones para tratar de resolver la fractura sufrida (...), conllevaron el resultado final de amputación del miembro inferior derecho”. Asimismo, también en las alegaciones presentadas en trámite de audiencia, sostiene que “el problema, no es que un riesgo típico de una intervención quirúrgica pueda materializarse, el problema es que dicho riesgo (...) se materializó en todas y cada una de las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido (...), lo que lleva a concluir que, estadísticamente, que un paciente sufra infecciones posquirúrgicas en, al menos, cuatro intervenciones quirúrgicas, no puede calificarse como la materialización de un riesgo posible, sino en la inexistencia clara y evidente de los más mínimos controles y deber de cuidado por parte de los profesionales encargados de las labores necesarias para que no se produzcan este tipo de infecciones”, que “estas continuas infecciones, a lo largo de todas las intervenciones para tratar de resolver la fractura sufrida (...), conllevaron el resultado final de amputación del miembro inferior derecho” y que “en el presente supuesto se ha producido un daño desproporcionado”.

Vista la posición de quien reclama, procede ahondar en la restante documentación que figura en el expediente.

El informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, fechado a 8 de julio de 2024, recuerda, primeramente, que el reclamante “ha recibido un tratamiento multidisciplinar en un hospital de tercer nivel con alta especialización y con la participación de los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, el de Cirugía Plástica, el de Medicina Interna PROA Infecciosas, Rehabilitación y la Unidad de Heridas Crónicas” y que “para las intervenciones

quirúrgicas a las que se sometió (...) firmó el consentimiento informado en el que se especifica como riesgo típico la infección de la herida quirúrgica y la necrosis cutánea". De seguido, señala que "en las cirugías se le administró la profilaxis antibiótica siguiendo los protocolos", que "el episodio febril que tuvo el 20-10-20 tras la primera cirugía se valoró y se actuó correctamente, se recogieron hemocultivos y se pautó tratamiento antibiótico intravenoso empírico", que "después de la segunda intervención del 3-11-20, al apreciar un exudado de la herida, es valorado, tratado y seguido por PROA Infecciosas (5-11-20)" y que "el tratamiento se realizó según el antibiograma".

La pericial suscrita por el especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, aportada por la aseguradora de la Administración, parte de que la fractura "muy grave del tobillo derecho secundario a un accidente de motocicleta" que presentaba el interesado no tenía otra alternativa que el tratamiento quirúrgico y de que "la indicación de reintervención quirúrgica fue correcta". Reseña después que "el riesgo de necrosis cutánea e infección eran riesgos descritos en la literatura científica y contemplados en los consentimientos informados que firmó el paciente", que "durante el seguimiento posoperatorio, el colgajo evolucionó de manera favorable y se curó la infección y se pauto terapia rehabilitadora" y que "se consiguió consolidación completa de la fractura en posición anatómica, pero desarrolló una artrosis tibiotalar severa", no obstante, advierte que "el desarrollo de la artrosis postraumática en el presente caso era muy probable, a pesar de la correcta reducción y tratamiento de la fractura, puesto que presentaba varios factores pronósticos negativos" (fractura, muy inestable y grave, suprasindesmal de tobillo trimaleolar, con afectación articular del pilón tibial y del maléolo posterior tibial y mecanismo lesional de alta energía), estimando que "la artrosis postraumática no fue motivada por mala praxis asistencial".

La pericial elaborada por la especialista en Medicina Interna, igualmente incorporada al expediente por parte de la aseguradora, aborda con detalle cada

uno de los hitos del proceso asistencial, razonando para cada uno de ellos su posición favorable a la corrección de lo practicado, valorando que “se ponen en todo momento las medidas de profilaxis y terapéuticas posibles para conseguir la curación sin retrasos ni demoras indebidas”. Cabe destacar, especialmente, la referencia que hace “el 17-10-2020 se obtiene consentimiento informado que incluye los riesgos típicos, entre ellos la infección del lecho quirúrgico”, que “de forma previa a la cirugía se administra profilaxis antibiótica con cefazolina, según las recomendaciones vigentes” y que “presenta posteriormente cuadro febril de origen cutáneo (celulitis); se realiza adecuada exploración de la herida quirúrgica, sin signos de infección, y se pauta tratamiento antibiótico dirigido a la infección cutánea”; asimismo, refiere que “por reducción incompleta de la fractura precisa ser reintervenido con nueva osteosíntesis” y que “el 3-11-2020 se encontraba en tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico por la celulitis diagnóstica de forma previa reciente, por lo que no habría sido necesario administrar profilaxis antibiótica con cefazolina”, a pesar de lo cual “se administra igualmente” y que “en la cirugía de revisión del 3-11-2020 no se encuentran focos de infección en el foco de fractura”.

El informe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública principia efectuando una referencia al sistema de prevención y control de las enfermedades transmisibles en el medio hospitalario del Hospital ..... . A este respecto, admite que los datos de infección quirúrgica de este hospital, “están por encima de los nacionales”, si bien puntualiza que hay que tener en cuenta “que los datos nacionales son para todo tipo de hospitales, independientemente de la complejidad del mismo” y que siendo este “un hospital de tercer nivel (...), es normal que sus datos de infección estén por encima de la media nacional”; por otra parte, subraya que, aunque “no existe estándar de infección para este tipo de cirugías, por fracturas de tobillo”, los “datos de infección osteoarticular (resultan) inferiores a la medias nacionales” y que “revisando los resultados de los controles ambientales rutinarios, que se llevan a cabo en los



quirófanos, para las fechas cuando fue intervenido (...), no hay positivos para los patógenos testados". Posteriormente, destaca que "existe constancia que se han tomado las medidas de prevención de infección con la profilaxis quirúrgica con cefazolina 2 gramos, como consta en el registro de anestesia, en las dos cirugías que estaba indicado" y que "se ha realizado control de la temperatura del paciente durante las cirugías", reconociendo también que "no se puede comprobar la preparación del campo quirúrgico porque no existe registro en la historia". De especial interés resulta el razonamiento dado, acerca de que "la infección de la cirugía del 13-04-2023 es causada por el *Streptococcus pyogenes* (estreptococo del grupo A) que es uno de los patógenos bacterianos más importante de los seres humanos", que "este microorganismo ubicuo es la causa bacteriana más frecuente de faringitis aguda y también origina distintas infecciones cutáneas y sistémicas", que "el mecanismo de transmisión es por vía respiratoria o por contacto directo con mucosas infectadas" y "rara vez se produce por contacto indirecto a través de objetos contaminados", concluyendo que el afectado "tuvo un cuadro de amigdalitis por este microorganismo 16 días después del alta previo (...) y 70 días después de la cirugía, lo cual (sugiere) una infección comunitaria".

Por último, la propuesta de resolución aprecia que "no se han objetivado indicios de mala praxis", que los "hechos clínicos y temporales apuntan a un origen comunitario de la infección, relacionado con la amigdalitis previa" del reclamante, que "existe constancia en la historia clínica de que se han tomado las medidas preventivas para evitar la infección de la zona quirúrgica, con las profilaxis antibióticas según los protocolos, así mismo se ha realizado control de la temperatura del paciente durante las cirugías" y que este "fue informado en varias ocasiones sobre las opciones de tratamiento disponibles, reartrodesis o amputación, decidiéndose finalmente por la amputación".

Planteados los aspectos esenciales de la controversia, cabe descender al fondo de la cuestión, no sin antes advertir, con carácter previo a cualesquiera

otras consideraciones, que, pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, la única actividad probatoria, de índole técnica, desplegada por el interesado es la aportación de una pericial -elaborada por una clínica privada y que, en el propio documento, se califica como "informe provisional"- cuyo contenido se limita a la determinación y valoración de las "lesiones y secuelas que presenta este paciente a raíz de un accidente sufrido el día 17 de octubre de 2020", pero sin efectuar pronunciamiento alguno sobre la corrección o no de la atención médica prestada por el servicio público sanitario. Siendo esto así, es evidente que la posición mantenida por el reclamante acerca de las cuestiones médicas que aquí se debaten, únicamente se fundamentan en su particular opinión sobre la materia.

En primer lugar, resulta insoslayable remarcar que no existe duda alguna acerca de la procedencia de todas y cada una de las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido el afectado -la inicial para abordar la fractura (inestable y con desplazamiento no tolerable tanto de la carilla articular tibial como del eje tibioastragalina, cuyo tratamiento es quirúrgico y sin alternativa terapéutica) y la posterior para intentar una mejora de la congruencia articular tibial (justificada, a tenor del material probatorio incorporado al expediente, en que "cuanto más anatómica quede la articulación fracturada mejor es el pronóstico y resultado final")-, cuya oportunidad se halla avalada por los informes y pericias que obran en el expediente (singularmente, las del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital ..... y la pericial suscrita por el especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología -aportada por la aseguradora-) y que tampoco el reclamante llega a cuestionar. Por otra parte, la artrosis tibioastragalina postraumática se debió, según mantiene la pericial suscrita por el especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología -y en afirmación no contradicha por el atañido-, al "propio traumatismo y patrón de fractura" y no a vicio alguno en la asistencia sanitaria recibida.

En segundo lugar, procede detenerse en la existencia o no de un eventual déficit informativo para el paciente, extremo que niegan las pericias e informes médicos aportados de la Administración y de su aseguradora.

Por lo pronto, resulta incuestionable que todas las intervenciones médicas fueron respaldadas por los consiguientes documentos de consentimiento informado firmado por el afectado, pues así consta en la documentación contenida en la carpeta digital "419... Documentación adicional digitalizada" del CD incorporado al folio 116 del expediente.

Dada la trascendencia que se le otorga por el interesado a la intervención correspondiente, en necesario referirse, en particular, al consentimiento informado, que firmó aquel el día 17 de octubre de 2020 para "osteosíntesis de fracturas articulares", a la vista de cuyo contenido es notorio que se incluyen como "riesgos típicos" la "infección a nivel de la herida operatoria" y la "necrosis cutánea" (página 14 del archivo electrónico "419... Urgencias 17 10 2020" incluido en la carpeta "419... Documentación adicional digitalizada" del CD incorporado al folio 116 del expediente). Así pues, habría sido advertido, tanto de la posibilidad de sufrir infecciones a nivel de la herida quirúrgica como de padecer necrosis.

Sentado lo anterior, acudiendo a los documentos de consentimiento informado que se ofrecen por la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología podemos comprobar que, en el correspondiente al tratamiento quirúrgico de artrodesis de tobillo, se incluyen entre los riesgos las "necrosis cutáneas y necrosis por afectación vascular que puede requerir amputación" y la "infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo"; por otra parte, en el documento de consentimiento informado "para el tratamiento quirúrgico de fracturas del tobillo" -que también se ofrece por dicha organización- figuran como riesgos la "infección de la herida quirúrgica, que pudiera complicarse afectando al hueso, diseminándose por la sangre y afectando a otros órganos provocando una sepsis (situación de infección

generalizada con riesgo elevado de muerte)”, los “seromas de la herida, dehiscencia de la sutura, cicatrices hipertróficas y dolorosas, necrosis cutánea” y la “amputación parcial o total de la extremidad”.

En tal tesitura, no pasa desapercibida la circunstancia de que la posibilidad de “amputación” no figuraba entre los riesgos descritos por la documentación suministrada al interesado, ausencia que destaca en su comparativa con los propuestos por la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Dicho esto, y a pesar de que resulte de todo punto aconsejable el mayor detalle en la descripción de las eventuales complicaciones del tratamiento, entendemos que, a cualquier persona, sin necesidad de específica formación médica, no le resulta ajena -dejando al margen el supuesto de las infecciones- la relación entre una negativa evolución de la necrosis y la necesidad de amputar el miembro afectado. De esta forma, en este caso, resultaría compatible el reconocimiento de la necesidad de mejorar los documentos de consentimiento informado -en especial, atendiendo a la información procedente de organizaciones que agrupan a profesionales de la correspondiente especialidad- puestos a disposición de los pacientes con la consideración de que, la ausencia de un concreto término no implica, automáticamente, que se haya impedido al sujeto aludido alcanzar un conocimiento cabal de los riesgos a los que se enfrenta -consintiendo someterse a una intervención-, cuando del tenor de los expuestos cabría colegir los no expresos, y esto sin que pueda resultar exigible conocimiento científico alguno a la hora de efectuar tal razonamiento.

En tercer lugar, en lo relativo a la posibilidad de que nos hallásemos ante un caso de daño desproporcionado, como mantiene el reclamante, procede recordar, como viene advirtiendo este Consejo (por todos, Dictámenes Núm. 274/2021 y 119/2022), que en medicina, que no es una ciencia exacta, la mera corrección técnica en el desempeño, con independencia de cualquier otra circunstancia, no conlleva en todo caso un resultado exitoso, puesto que

siempre existe un factor de imprevisibilidad, cual es la diferente reacción que diversos pacientes pueden tener ante idéntico tratamiento.

Con relación a la doctrina del daño desproporcionado, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 8 de julio de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:2132- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) recuerda, recogiendo la jurisprudencia vertida al respecto por el Tribunal Supremo, que “la doctrina del daño desproporcionado o ‘resultado clamoroso’ significa lo siguiente: / 1.º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica, pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución. / 2.º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible -por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada. / 3.º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la *lex artis* por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor. / 4.º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria, la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño. / 5.º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado”.

Pues bien, si como puntos inicial y final del proceso asistencial se sitúan, en abstracto, “fractura de tobillo” y “amputación”, todo apuntaría a la existencia de un daño desproporcionado; no obstante, no cabe orillar que el punto de

partida era, según refieren los especialistas que han intervenido en el procedimiento, una fractura “muy grave del tobillo” y que desde ahí se transitó por un tratamiento -que debió ser inevitablemente quirúrgico y con necesidad de reintervención-, añadiéndose, lamentablemente, la materialización de ciertos riesgos asociados a tales cirugías, como las infecciones de la herida quirúrgica y la necrosis cutánea. En este sentido, la lectura del expediente evidencia que, tanto los informes de los facultativos del servicio actuante como los peritos intervinientes, detallan y justifican científicamente la infausta concatenación de acontecimientos que culminan en la necesidad de amputación.

Así las cosas, habiendo sido médicamente analizado y justificado en el expediente instruido el devenir de los acontecimientos que se suceden y culminan con la amputación, esta no podría considerarse inexplicada por los responsables del servicio público de salud ni tampoco estimarse un resultado inesperable; y ello, a pesar de que, *ab initio*, cupiese haberlo elevado a remotamente probable o altamente improbable.

En cuarto lugar, en relación con la situación del Hospital ..... acerca de la prevención y control de las enfermedades transmisibles en el medio hospitalario, el interesado sostiene que, de las sucesivas infecciones sufridas, se deduce una absoluta falta de diligencia en la prevención por parte del centro hospitalario, hipótesis que podría respaldarse si no fuera porque los informes médicos ponen de manifiesto que existían controles ambientales en los quirófanos que no arrojan sombra de duda al respecto de un seguimiento continuado. Según el informe antes mencionado, los patógenos fueron diferentes y, en algunos casos, es demostrable que la infección tuvo origen comunitario, por lo que la reiteración en la infección, más bien apunta a una especial predisposición del paciente, cuyo origen no se presenta claro en el expediente, si bien el Servicio de Traumatología apunta que “durante el proceso sufrió el debut de una diabetes” e “hipotiroidismo”. De esta forma, resulta significativo el informe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

cuando admite que los datos de infección quirúrgica del Hospital ..... “están por encima de los nacionales”, no obstante, razona que hay que tener en cuenta “que los datos nacionales son para todo tipo de hospitales, independientemente de la complejidad del mismo” y que siendo este “un hospital de tercer nivel (...), es normal que sus datos de infección estén por encima de la media nacional”; por otra parte, subraya que, a pesar de que “no existe estándar de infección para este tipo de cirugías, por fracturas de tobillo”, los “datos de infección osteoarticular (resultan) inferiores a la medias nacionales” y que “revisando los resultados de los controles ambientales rutinarios, que se llevan a cabo en los quirófanos, para las fechas cuando fue intervenido (...), no hay positivos para los patógenos testados”. Posteriormente, destaca que “existe constancia que se han tomado las medidas de prevención de infección con la profilaxis quirúrgica con cefazolina 2 gramos, como consta en el registro de anestesia, en las dos cirugías que estaba indicado” y que “se ha realizado control de la temperatura del paciente durante las cirugías”, reconociendo también que “no se puede comprobar la preparación del campo quirúrgico porque no existe registro en la historia”. De especial interés resulta el razonamiento dado acerca de que “la infección de la cirugía del 13-04-2023 es causada por el *Streptococcus pyogenes* (estreptococo del grupo A) que es uno de los patógenos bacterianos más importante de los seres humanos”, que “este microorganismo ubicuo es la causa bacteriana más frecuente de faringitis aguda y también origina distintas infecciones cutáneas y sistémicas”, que “el mecanismo de transmisión es por vía respiratoria o por contacto directo con mucosas infectadas”, así como que “rara vez se produce por contacto indirecto a través de objetos contaminados”, concluyendo que el afectado “tuvo un cuadro de amigdalitis por este microorganismo 16 días después del alta previo (...) y 70 días después de la cirugía, lo cual (sugiere) una infección comunitaria”.

Como apuntamos en los Dictámenes Núm. 160/2021 y 205/2024, 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). 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 el caso que nos ocupa, la información incorporada al expediente pone de manifiesto, tanto que en el referido centro hospitalario se venían efectuando controles ambientales en los quirófanos como el que, en las fechas en que fue intervenido, no se evidenció un resultado positivo “para los patógenos testados” -en expresión que deberíamos entender referida a los patógenos que afectaron al paciente y cuya presencia fue comprobada por el servicio informante-, información de la cual solo cabe deducir que el estándar de prevención aplicable es el adecuado. Y ello, a pesar de que no conste por escrito el detalle de las medidas de asepsia efectivamente desplegadas en el caso concreto.

En definitiva, de la documentación obrante en el expediente se desprende que la actuación médica resultó ajustada a la *lex artis*, no habiéndose acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia dispensada al afectado ni un déficit informativo ni ausencia de diligencia en las medidas de asepsia empleadas. El daño padecido constituye la infortunada materialización de una de las complicaciones descritas en los consentimientos informados, de difícil evitación y tratamiento en las circunstancias concurrentes. Por tales motivos, la pretensión resarcitoria no debería prosperar.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.