

Expediente Núm. 268/2017
Dictamen Núm. 262/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de octubre de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 11 de septiembre de 2017 -registrada de entrada el día 14 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de un familiar como consecuencia de una infección nosocomial que imputan a una deficiente cadena de asepsia.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El expediente se inicia con el escrito de interposición de una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- interpuesta por los familiares de un paciente cuyo fallecimiento atribuyen al deficiente funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud carece de asiento registral.

Exponen que ostentan la condición de “esposa, hijos, hermana y madre” de un paciente fallecido el día 16 de octubre de 2015 en el Hospital

....., especificando la viuda que actúa en su propio nombre y derecho y en el de sus hijos menores de edad. Relatan que su familiar había sido intervenido de un "carcinoma de cavum" en el Servicio de Otorrinolaringología en los años 1999 y 2004, "realizándose maxilectomía izquierda junto con tratamiento complementario de radioterapia"; operaciones que originaron "secuelas posquirúrgicas faciales con depresión del tercio medio izquierdo y parálisis de ramas temporofaciales".

Indican que con el fin de "mejorar simplemente su aspecto físico", el paciente acudió al Servicio de Cirugía Maxilofacial del mismo hospital para valorar la viabilidad de "una eventual cirugía satisfactoria que paliara dichas secuelas estéticas". Esta intervención se realiza el día 1 de septiembre de 2015 y se extiende durante 18 horas, practicándose "reconstrucción del maxilar izquierdo mediante colgajo peroneo", y destacan que en la historia clínica remitida por el hospital previa solicitud no consta consentimiento informado suscrito por el paciente para ella.

Señalan que la estancia en Reanimación se prolongó hasta el 7 de septiembre "dada la evolución tórpida del colgajo", y que ya el día 5 de ese mes se había detectado "sufrimiento venoso a nivel de la reconstrucción maxilar", por lo que se inició "tratamiento mediante inyecciones subcutáneas en isla peronea de heparina de bajo peso molecular", frente al cual presenta "inicial buena respuesta". Sin embargo, el día 10 de septiembre "presenta hematoma cervical progresivo", por lo que "se reinterviene retirando el colgajo, objetivándose trombosis de venas peroneas/injertos venosos y se realiza una reconstrucción inmediata del defecto infraorbitario con un colgajo pediculado paramediano frontal"; intervención para la que, de nuevo, alegan ausencia de documento de consentimiento informado.

Manifiestan que "durante la evolución posoperatoria el paciente presenta dehiscencia a nivel de todas las heridas faciales, con comunicación oronasal y supuración abundante en la que ya se aíslan bacterias *Pseudomonas aeruginosa* y *Serratia marcescens*, por lo que se pauta protocolo de antibioterapia con Imipenem; protocolo que es ratificado por el Servicio de Enfermedades Infecciosas". También "se objetiva necrosis muscular a nivel de

lecho en miembro inferior derecho”, por lo que el día 24 de septiembre “se procede a realizar, bajo anestesia local, limpieza y desbridamiento de heridas, resutura y resuspensión de piel geniana”.

Reseñan que a partir de entonces evoluciona lentamente pero mantiene “un estado general aceptable y sin signos clínicos de infección activa”, aunque se programa cirugía sobre extremidad inferior derecha para la retirada de tejido necrótico, que es suspendida por pancitopenia. Indican que el día 15 de octubre “el paciente sufre un rápido deterioro global, con disminución del estado de consciencia y desaturación, siendo valorado por la UVI, donde es trasladado tras su intubación con la sospecha de shock séptico de probable origen respiratorio, falleciendo el día 16 de octubre por fracaso multiorgánico, aplasia medular, fracaso renal oligoanúrico e insuficiencia respiratoria, cultivándose en múltiples muestras *Pseudomonas aeruginosa* y *Serratia marcescens* multirresistentes”.

Entienden que sobre “los riesgos (...) de contraer infecciones nosocomiales en sede hospitalaria resultan esclarecedoras las advertencias que en esas fechas manifestó el Comité de Empresa” de la adjudicataria de la limpieza del centro cuando señala que “en el nuevo (hospital) no se cumplen las condiciones de asepsia que debería haber en un centro hospitalario” y que “la sobrecarga de trabajo `impide que limpiemos como se debe, lo que es especialmente preocupante en zonas críticas, como quirófanos, UVI y salas de aislamiento´”, precisando que esta situación “es muy grave y a buen seguro hará que (...) aumenten las infecciones hospitalarias, ya que no se cumple con la cadena de asepsia”. Consideran que las condiciones descritas “inciden directamente en los riesgos” a los que se expuso el paciente, “y de los que no fue advertido ni él ni sus familiares”, aludiendo a las manifestaciones formuladas por un sindicato de que “en la nueva sede” la ratio de limpiadoras por quirófano “ha descendido a 4 limpiadoras por cada 10 quirófanos, descendiendo a su vez” en los meses de verano.

Ponen de relieve que, “pareciendo indubitado que la cadena de asepsia se encontraba bajo un riesgo de ruptura muy probable a fecha del ingreso y posterior estancia del paciente, se decide someter al mismo a una operación

(de tipo satisfactivo), obviando igualmente que los vasos sanguíneos y el hueso facial de un gran fumador sometido, además, a radioterapia habrían de suponerse de mala calidad por definición y debería haber hecho pensar, apriorísticamente, en una mala evolución y aparición de complicaciones respecto a la técnica prevista. Es decir, conociendo los riesgos que se asumían, y no informando de ello al paciente, se decide ponerle en riesgo”.

Razonan que el escenario descrito, en el que “las propias advertencias de la empresa encargada de la limpieza y desinfección del centro aumentan” la previsibilidad de las infecciones, “no solo no se han adoptado todas las medidas tendentes a evitar la infección nosocomial, sino que el riesgo se ha aumentado”. Añaden que, “incardinado dentro del riesgo al que se vio sometido el hoy finado, no constan suscritos por el paciente los consentimientos informados relativos a las operaciones a las que fue sometido”, en los que se debería haber advertido no solo de “los riesgos poco probables, más probables o extraños que pudieran suceder, sino de aquellos otros que guardarán estrecha relación con las condiciones particulares del hoy fallecido (riesgos personalizados)”.

En los fundamentos de derecho de su reclamación se refieren a su condición de perjudicados (que relacionan con el daño moral derivado de la “pérdida del ser querido”), así como a diversa jurisprudencia en materia de infecciones nosocomiales, consentimiento informado y cuantía indemnizatoria. En cuanto a esta última, manifiestan que, “dado que no existen criterios legales objetivos para el cálculo de la correcta indemnización, a la luz de lo expresado por el Tribunal Supremo, y ante la dificultad de valorar el precio del dolor (...) ante el fallecimiento de un familiar de 50 años que antes de la entrada en el (hospital) se hallaba en perfectas condiciones de salud, el *quantum* indemnizatorio solicitado es de seiscientos mil euros (600.000 €)”.

Adjuntan diversa documentación, entre la que se encuentra la siguiente: a) Libros de familia del fallecido y su esposa, y de los padres de aquel, acreditativos de las relaciones familiares invocadas. b) Documentación médica relativa al episodio asistencial por el que reclaman, remitida por el hospital en el que se prestó la asistencia cuestionada. c) Escritos presentados

por un sindicato y el Comité de Empresa de la adjudicataria de la limpieza del hospital ante diversas instancias, en los que formulan quejas y denuncias sobre la insuficiencia del personal destinado a la prestación del servicio. d) Informe pericial emitido con fecha 28 de septiembre de 2016 por un especialista en Medicina Intensiva, en el que se afirma que el paciente se sometió a “un complicado tratamiento” en “un tejido de especial riesgo dados los antecedentes de cirugía y, en especial, radioterapia previas; factores de especial riesgo para desencadenar infecciones potencialmente graves”, y que no recibió “información adecuada y suficiente, expresada y certificada en el oportuno documento de consentimiento informado, acerca de los riesgos reales que corre, en especial respecto al riesgo de infecciones e incluso a la pérdida de la propia vida”, por lo que, tratándose de una cirugía electiva, existe una alta probabilidad de que no hubiera optado por la operación en caso de haber contado con aquella información. Considera que “el riesgo de infecciones y/o necrosis y pérdida de vitalidad de los tejidos podría considerarse predecible”, dada la “mala calidad” de “los vasos sanguíneos y el hueso facial de un paciente fumador, sometido a una agresión quirúrgica compleja, con colocación de cuerpo extraño”, y que “la infección sufrida” es “nosocomial y relacionada con los procedimientos médico-quirúrgicos aplicados”. Pone de relieve, por último, que la intervención coincidió con “una reducción en las medidas de limpieza de las instalaciones del hospital que tal vez constituyeron una merma considerable en el celo obligado de aplicar todas las normas protocolarias que no rompan la cadena de asepsia en las instalaciones donde se procedió”; problemática que, subraya, reflejó incluso la prensa local.

Los reclamantes señalan que actúan “con la asistencia” de un letrado, cuyo despacho designan a efectos de notificaciones.

2. Mediante escrito de 20 de octubre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia

de la reclamación que -según se indica- ha sido recibida en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios.

3. El día 8 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al Letrado cuyo despacho figura designado a efectos de notificaciones la fecha de recepción de la reclamación en el referido Servicio -14 de octubre de 2016-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Mediante escrito de 22 de noviembre de 2016, el Responsable del Área de Asuntos Jurídicos Generales de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial con esa misma fecha.

En él se da puntual respuesta a cada una de las cuestiones planteadas por los interesados. En primer lugar, niega la ausencia de consentimiento informado en relación con la primera intervención, aportándolo, y precisa que para la "nueva operación" no se recabó otro porque se trataba de "una continuación de la anterior, practicada para revisar un colgajo que exhibía signos de fracaso", y no estaba referida a "una patología nueva o diferente".

En segundo lugar, y en cuanto a "las manifestaciones (...) atribuidas al Comité de Empresa" de la adjudicataria de la limpieza del hospital, ignora "la cualificación científica en materia de epidemiología y patología infecciosa que poseen los miembros de tal Comité, especialmente en el apartado en el que anticipan o prevén el futuro al afirmar que la presente situación de la limpieza `hará que (...) aumenten las infecciones hospitalarias´". Sugiere que se recabe al respecto informe técnico al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital

En tercer lugar, destaca que las afirmaciones sobre la cadena de asepsia resultan contradictorias y confusas, y pone de manifiesto que las relativas a la mala calidad de los huesos y vasos faciales del paciente carecen de un soporte empírico adecuado. Reseña que "en nuestro medio, en el que la

infección por el virus del papiloma humano tiene una prevalencia despreciable, prácticamente todos nuestros pacientes oncológicos son grandes fumadores. Y, en cuanto a la influencia de la radioterapia preoperatoria, tampoco hay un *corpus científico* que soporte tal afirmación”, citando bibliografía al efecto.

Concluye que “los médicos del Servicio de Cirugía Maxilofacial (...) llevaron a cabo en este caso un trabajo serio y concienzudo en el que, desgraciadamente, el desenlace fue trágico”, añadiendo que “todos los procedimientos, incluso los más sencillos -y este no lo fue- pueden conducir a un desenlace fatal. Por ello, informamos a nuestros pacientes de los riesgos previsibles de las intervenciones que practicamos. Les presentamos con suficiente antelación, como fue el caso, un formulario de consentimiento informado y, además, practicamos sistemáticamente un *check list* preoperatorio para maximizar la probabilidad de éxito y minimizar la de complicaciones. No obstante, el riesgo de que ocurran estas siempre existe”.

Adjunta una copia del informe de alta, de 19 de octubre de 2015, y del documento de consentimiento informado para cirugía oncológica de cavidad bucal, cara y cuello suscrito por el paciente el 5 de febrero de 2015. Se explica en este último la cirugía como tratamiento, tanto en lesiones benignas como malignas, consignándose a continuación que “para intentar reconstruir los tejidos eliminados: piel, mucosas, músculos, nervios, huesos, etc., se hace necesario utilizar técnicas complejas de reconstrucción, en ocasiones microquirúrgicas, y empleo de injertos del propio paciente”. En el apartado de riesgos típicos se indica que “es una cirugía larga y delicada (...). En ocasiones son necesarias cirugías posteriores, como reconstrucción diferida, para corregir secuelas (...). El tratamiento de los tumores malignos de cabeza y cuello no está libre de complicaciones, tales como infecciones, seromas, hemorragias graves, rechazo y/o pérdida del injerto, complicaciones respiratorias y/o cardiovasculares e incluso el fallecimiento del paciente”.

5. Con fecha 12 de diciembre de 2016, el Responsable del Área de Asuntos Jurídicos Generales de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe suscrito el 24 de

noviembre de 2016 por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. En él, tras exponer los “hechos relevantes” a tener en cuenta en relación con la reclamación planteada, y que parten de la primera intervención para el tratamiento de un carcinoma epidermoide de maxilar superior izquierdo llevada a cabo en el año 1999, explica que el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública “no puede estimar como objetivas las declaraciones en un periódico en el contexto de un conflicto sindical y por las actuaciones derivadas de la organización de la empresa adjudicataria del concurso de limpieza” del hospital, aclarando que las advertencias las realizan empleadas de la empresa en situación de conflicto con su empleador y no dicha empresa, sin que competa al Servicio informante valorar esas declaraciones. Recuerda que en cuanto parte contratante es responsabilidad de la empresa que cita “la de exigir el cumplimiento del contrato, y la del hospital la de asegurar que los resultados de este trabajo son los adecuados para permitir la asistencia en condiciones seguras”, llevándose a cabo para ello “cultivos ambientales periódicos cuyos resultados garantizan que la bioseguridad es correcta”. Subraya que, dado que los controles preventivos efectuados para asegurar la bioseguridad ambiental en los quirófanos y unidades críticas (UCI y Reanimación) han resultado negativos, “no procede atribuir a una deficiente limpieza del quirófano o de las unidades críticas la presencia de *Pseudomonas* y *Serratia marcescens* en la herida quirúrgica”.

Manifiesta que el paciente presentaba “una situación compleja previa a la intervención” por sus antecedentes personales que, no obstante, no contraindicaban la intervención, y que “por ello se actúa en todo momento con las medidas preventivas para minimizar los riesgos de infección: se pauta antibioterapia empírica con Amoxicilina-clavulánico desde el día 1 al 17 de septiembre de 2016 que cubre la flora frecuente de la cavidad orofaríngea./ Se solicitan cultivos el 14 de septiembre de una secreción purulenta y de forma preventiva, y aun antes de disponer de los resultados se utiliza antibioterapia de amplio espectro (Piperacilina-Tazobactan)./ 18-09-2016. Aunque la sensibilidad de ambos microorganismos a Piperacilina-Tazobactan es adecuada, se pauta Imipenem para minimizar aún más cualquier riesgo de

infección./ De hecho desde el 21-09-2014 `las heridas ya no supuran ni aparentan estar infectadas´ y el 24-09-2016 vuelve a constatarse `no hay supuración de las heridas´, según consta en el curso clínico./ En el curso clínico del paciente existe constancia hasta en 20 ocasiones, desde el día 14 de septiembre a 14 de octubre”, de que “está afebril, lo que no apoya que el desencadenante del fallecimiento sea de origen infeccioso, dada la evolución descrita de las heridas y la resolución del proceso supurativo de las mismas”.

Alude de nuevo a la enfermedad base del paciente y a su situación inicial, destacando la existencia de malla orbitaria infectada al ingreso, que tuvo que ser retirada; la “exposición de la malla con supuración crónica en la región subpalpebral del ojo izquierdo y queratitis a la exploración del 31 de agosto 2016 y 5 de mayo 2016, respectivamente, ambas situaciones previas al ingreso y a la intervención”, y “sinopatía crónica en el seno maxilar derecho confirmada en el TAC de noviembre de 2014, sin cambios significativos desde 2012, con el riesgo añadido de acúmulo de microorganismos en el seno maxilar”. Indica que “el paciente evoluciona en el curso de la intervención hacia una comunicación de la boca y la nariz con la reconstrucción que se le había practicado, perdiendo el sellado intraoral, lo que hace inevitable la colonización de las heridas por microorganismos propios de la flora orofaríngea, como son la *Pseudomonas aeruginosa* y la *Serratia marcescens*, ambos microorganismos Gram-negativos presentes en el tracto gastrointestinal del ser humano (presentes tanto en la boca como en el resto del tubo digestivo) (...). Cabe destacar que la *Pseudomona aeruginosa* y *Serratia marcescens* que se detectan en el cultivo inicial de 14-09-2016 tienen un perfil de sensibilidad compatible con *Pseudomonas aeruginosa* y *Serratia marcescens* de origen comunitario y no de origen hospitalario, cuyo nivel de resistencia sería mucho mayor (...). Posteriormente, los cultivos del 14 de octubre siguen presentando un perfil antibiótico benigno (a pesar de haber adquirido alguna resistencia derivada del tratamiento de amplio espectro utilizado), y siguen sin ser microorganismos con características de perfil hospitalario (no son productores de betalactamasas de espectro extendido ni productores de

carbapenemasas, y son sensibles a la mayoría de los antibióticos utilizados de forma habitual en el ámbito hospitalario)".

Concluye reiterando que "desde el punto de vista de (la) Medicina Preventiva y Salud Pública la patología previa del paciente -en la que los factores de riesgo intrínsecos juegan un papel determinante- repercute directamente en la evolución de su herida quirúrgica", y que "es plausible que estos microorganismos sean de la propia flora del paciente", por lo que "en ningún caso podemos afirmar que se deriven de una deficiente limpieza del quirófano y/o de las unidades críticas (dado que los controles negativos de los cultivos realizados lo contradicen) o de una falta de cumplimiento de las medidas de asepsia en el manejo de la herida porque las anotaciones en el curso clínico médico y en el curso de enfermería reflejan los cuidados prestados a la herida en todo momento".

6. Con fecha 12 de marzo de 2017, un especialista en Estomatología y Cirugía Maxilofacial emite informe a instancias de la compañía aseguradora. En él señala que "el paciente, además del aspecto físico o estético, tenía alteraciones funcionales y procesos inflamatorios en el párpado inferior (...). La técnica empleada está dentro de los estándares de tratamiento de esta patología (...). Este tipo de cirugías son agresivas en cuanto a duración, pérdidas sanguíneas que hay que reponer y alteraciones metabólicas a lo largo de las mismas, por lo que son manejados por una unidad de cuidados críticos posoperatorios (Reanimación) (...). La pérdida del injerto por complicaciones vasculares es poco frecuente pero ocurre por diversas causas en un porcentaje no despreciable (...). Al perder el injerto su vitalidad es una fuente de sobreinfección que, unido a las alteraciones metabólicas mencionadas, puede ocasionar una cadena de complicaciones como las registradas en el paciente: sobreinfección de las heridas, en especial si hay tejidos con vitalidad comprometida, (y) sobreinfección respiratoria en especial en casos de difícil intubación".

Concluye que "no encontramos mala práctica en el diagnóstico ni en el tratamiento del paciente, ajustándose lo realizado a los buenos estándares de

la cirugía reconstructiva posoncológica (...). El fracaso del injerto puede facilitar una sobreinfección de las heridas. En estos pacientes además los posibles focos de infección son diversos, ya que se aplican diversos tratamientos colaterales invasivos (catéteres IV, sonda vesical, nasogástrica (...)). La envergadura de la cirugía puede ocasionar complicaciones respiratorias y metabólicas que se sumen a las anteriores (...). Los tratamientos aplicados fueron los correctos”.

7. Mediante escrito notificado a los interesados el 18 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el mismo.

Consta la personación de uno de los reclamantes para examinar aquel el 20 de abril de 2017, y que se le hace entrega de un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran.

8. Con fecha 9 de mayo de 2017, los reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que, en primer lugar, se refieren a los documentos de consentimiento informado. En cuanto al de fecha 1 de septiembre de 2015, expresan su sorpresa por su existencia, ya que no se les había facilitado con anterioridad pese a haber sido solicitado formalmente, y anuncian la realización de una prueba pericial caligráfica “tendente a verificar la autenticidad de la firma del finado”. Con independencia de este extremo, también cuestionan el lapso temporal (siete meses) que media entre la suscripción (5 de febrero de 2015) y la cirugía (septiembre de ese año), pues entienden que, aunque “los riesgos generales de la intervención pueden ser los mismos”, no lo son “los riesgos personalizados”. Al respecto, razonan que los argumentos del informe del Servicio de Medicina Preventiva (en el que se dice que un día antes de la intervención “el paciente presenta signos de supuración crónica” y también se insiste en la importancia de los factores de riesgo que presentaba) exigían la constancia de dichas circunstancias

personales en los documentos correspondientes a las dos intervenciones, con indicación, en su caso, de un aumento de los riesgos si así ocurrió en el de la segunda. Al efecto, invocan el “Protocolo para la obtención del consentimiento informado” (para médicos de Atención Primaria) del Área de Calidad de la Subdirección de Gestión Clínica y Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Por lo que se refiere al consentimiento informado en cirugías de carácter electivo o satisfactivo, invocan jurisprudencia en apoyo de su afirmación de que en aquellas “la suscripción del consentimiento informado y el contenido del mismo debe valorarse con mayor rigor”. Respecto al suscrito con fecha 5 de febrero de 2015, indican que “se trata de un consentimiento informado estándar, de hecho el objeto del título del mismo hace referencia a ‘cirugía oncológica de cavidad bucal, cara y cuello’; especie de cajón desastre en el que se incluyen todo tipo de actuaciones de cirugía oncológica” y cuyo contenido “no se adapta mínimamente a una actuación de carácter estético por razón de una mera aspiración a mejorar la imagen del paciente, sino que lo que se le proporciona es el documento de (consentimiento informado) que se facilita a todos los pacientes de cirugía oncológica maxilofacial. Da igual que la cirugía sea por objeto de lesiones benignas, graves, muy graves o de carácter meramente estético”, reprochan.

En cuanto a la ausencia de consentimiento informado para la cirugía de 10 de septiembre de 2015, discrepan de la aseveración de la validez del suscrito para la anterior, pues en este caso “la situación fisiológica del paciente había cambiado completamente” y la que iba a practicarse ya no era “una cirugía satisfactiva, sino curativa, por rechazo de colgajo”, por lo que los “riesgos típicos y personalizados de la nueva cirugía” son “completamente nuevos”, como también lo es la patología que origina la nueva intervención.

Aducen también la ausencia de consentimiento informado para la práctica de anestesia, ya que el que figura en la historia, de fecha 16 de abril de 2015, carece de firma.

En cuanto al carácter nosocomial de la infección, y a la vista del informe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, consideran “cuanto menos

atrevido afirmar con tal rotundidad” que las bacterias “en ningún caso pueden ser adquiridas en sede hospitalaria”, y recuerdan la definición de “infección nosocomial” proporcionada por la Organización Mundial de la Salud -“infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento” del internamiento-. Tras argumentar la adquisición fundamentalmente nosocomial de las bacterias, resaltan que en este caso el paciente contrajo ambas bacterias y estas se presentaron 10 días después de su cirugía y su prolongada estancia en la UCI, lo que permite “cuanto menos pensar que las propias circunstancias concomitantes del caso parecen advertir que es mucho más probable que la infección sea nosocomial y no de origen comunitario, toda vez que por esas fechas coinciden las protestas realizadas por el personal” de la empresa adjudicataria del servicio de limpieza.

Por último, y respecto al “carácter desproporcionado del daño”, inciden en la excepcionalidad de que “sin existir antecedentes previos de infección en el paciente y sin advertirse signos bacterianos en el huésped hasta el día 10 de septiembre el finado fallezca abruptamente el día 16 de octubre, sin signos previos, como consecuencia de aplasia medular y shock séptico”. Señalan que el propio facultativo del Servicio de Cirugía Maxilofacial “reconoció, de manera indubitada y continua, que no encontraba explicación lógica a lo sucedido, no habiéndose presentado un caso así en toda su carrera profesional”. Por tanto, “corresponderá al profesional médico explicar la causa del daño o la interferencia en la relación causal de otros elementos o circunstancias imprevisibles o incontrolables que pudieran haberlo determinado, o la prestación por su parte de todas las medidas de seguridad exigibles y la adecuación de su actuación a las reglas de la *lex artis*. La falta de dicha prueba, unido a la existencia de un daño inesperado o no previsto ni explicable en la esfera de una actuación profesional médica, que tenga lugar por alguna conducta que entre en la esfera de acción o campo de actuación del facultativo médico responsable, deberá ser encuadrable a todas luces dentro del concepto de daño desproporcionado”.

9. El día 19 de mayo de 2017, el Letrado actuante, que afirma ahora actuar “como representante legal” de los reclamantes, presenta un escrito al que adjunta un “informe grafístico forense (pericial caligráfica)” de fecha 14 de ese mismo mes en el que su autor, perito calígrafo judicial y psicólogo, analiza diversas firmas del paciente y las confronta con la existente en el documento de consentimiento informado suscrito para cirugía oncológica de boca, cara y cuello, de 5 de febrero de 2015, calificando esta última como “dubitada”, y respecto de la cual concluye que “presenta un perfil grafonómico discrepante respecto del *ductus* escritural reconocible en las muestras gráficas indubitadas, lo que le lleva a concluir el presente informe en la consideración de que dicha firma no es atribuible” al paciente.

10. Mediante oficio de 4 de julio de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe sobre las alegaciones y prueba caligráfica presentadas por los interesados.

Con fecha 14 de julio de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la historia clínica completa del paciente y el informe emitido por el Responsable del Servicio de Informática de dicha Gerencia. En este último, emitido el día 13 de ese mes, se informa que “el consentimiento informado firmado el 5 de febrero de 2015 (...) fue digitalizado e incorporado a la historia clínica el día 10-02-2015 a las 8:48 horas”. Explica que “el procedimiento de digitalización se realiza mediante firma de la imagen electrónica siguiendo la Norma Técnica de Digitalización de documentos aprobada mediante la Resolución de 19 de julio de 2011 por parte de la Secretaría de Estado para la Función Pública. Que es el desarrollo técnico de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, vigente en el momento de la ejecución del proyecto, lo que asegura la imposibilidad de modificaciones posteriores del documento digitalizado”.

11. Mediante oficio de 20 de julio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al representante de los interesados la apertura de un segundo trámite de audiencia.

Consta la personación de uno de los perjudicados en las dependencias administrativas para tomar vista del expediente el 2 de agosto de 2017.

12. El día 30 de agosto de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas emite propuesta de resolución en la que propone la desestimación de la reclamación. En ella indica que “el riesgo de que se produjeran complicaciones, tanto de mala evolución de la cirugía como de que pudiese producirse un proceso infeccioso, fue informado al paciente y consta en el documento de consentimiento informado que firmó”. Con base en las manifestaciones del Responsable Informático, razona que “si fuese cierta la teoría de los reclamantes de que se falsificó la firma (...) esto se hizo en la consulta o en los cinco días siguientes, y en todo caso siete meses antes de que el paciente se operase. Resulta absurdo pensar que en el (Hospital) se falsifican las firmas de los pacientes siete meses antes de las intervenciones, no sabemos con qué extraños motivos. Si en un caso concreto se olvida la firma del consentimiento por parte del paciente en la consulta es evidente que no se procede a su falsificación, sino que cuando el enfermo ingresa para realizar una cirugía programada se le pide que lo firme./ No hay por tanto motivo alguno para aceptar que la firma que figura en el documento de consentimiento de la intervención practicada el 1 de septiembre de 2015 no es” del paciente. Añade que “no solo no existe indicio alguno de que se haya falsificado sino que, por el contrario, la digitalización del documento hecha con firma electrónica siete meses antes de la cirugía es un irrefutable aval de autenticidad. Ahora bien, si los reclamantes, a pesar de todo, consideran que la firma del paciente ha sido falsificada deberán iniciar las correspondientes acciones penales a fin de dirimir si se ha cometido un delito de falsedad en documento oficial, ya que esta vía de la responsabilidad

patrimonial no es en la que pueden investigarse este tipo de hechos”, citando al respecto “el criterio del Consejo Consultivo del Principado de Asturias”.

En consecuencia, concluye que “el paciente fue debidamente informado del riesgo que posteriormente se materializó. La pérdida del injerto por complicaciones vasculares se produce en un porcentaje no despreciable de casos, y al perder el injerto su vitalidad es una fuente de sobreinfección que, unido a las alteraciones metabólicas del propio paciente, puede ocasionar una cadena de complicaciones como las registradas en este caso concreto. No hubo mala práctica en el diagnóstico ni en el tratamiento del paciente, ajustándose lo realizado a los buenos estándares de la cirugía reconstructiva posoncológica”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 11 de septiembre de 2017, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, 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), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar en nombre de uno de ellos -menor de edad- su madre -según figura en el Libro de Familia aportado-, también reclamante, según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, el hecho del que trae origen la reclamación -el fallecimiento del familiar de los interesados- tuvo lugar el día 16 de octubre de 2015, y, si bien el escrito de interposición de aquella carece de asiento registral alguno que permita verificar la fecha en la que se presenta, la Administración instructora señala como tal el 14 de octubre de 2016, por lo que debemos concluir que fue 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 la citada Ley.

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

Sin embargo, advertimos diversas irregularidades en la tramitación del procedimiento. La primera de ellas -ya mencionada- consiste en la ausencia de asiento registral en el escrito de interposición de la reclamación, lo que obliga a recordar la obligatoriedad de efectuar "el correspondiente asiento de todo documento que sea presentado o que se reciba en cualquier órgano administrativo", según preceptúa el artículo 16.1 de la LPAC, en los términos de lo previsto en el Decreto 113/2013, de 4 de diciembre, por el que se regula la Organización y Funcionamiento de los Registros de la Administración del Principado de Asturias y de sus Organismos y Entes Públicos.

En segundo lugar, no se ha concedido a la empresa contratista del servicio de limpieza la audiencia prevista en el artículo 82.5 de la LPAC, pese a que a su actuación se atribuye parte del perjuicio causado, ya que los reclamantes relacionan el fallecimiento con el especial riesgo que a su juicio derivaba de una deficiente organización de aquel servicio -en concreto, consideran insuficiente el número de efectivos empleados-. Ahora bien, esta ausencia, atendidos los principios de eficacia y economía procesal, no justifica la retroacción del procedimiento para la incorporación del correspondiente informe, toda vez que de las manifestaciones efectuadas por el Servicio de Medicina Preventiva se deduce que el servicio se presta de forma correcta y sin inobservancia de obligación contractual alguna por parte de la contratista, lo que impide apreciar indefensión de esta y permite razonablemente suponer que, aun sustanciándose la citada retroacción de actuaciones, no se verían alterados los datos en virtud de los cuales hemos de alcanzar nuestro dictamen.

Por último, y teniendo en cuenta la fecha indicada por la Administración como de interposición de la reclamación -14 de octubre de 2016-, 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 la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida LPAC.

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, 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 una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de un paciente, cuyos familiares relacionan con el funcionamiento del servicio público sanitario.

Del examen del expediente resulta acreditada la defunción, que sucede durante un ingreso hospitalario para la realización de una intervención de reconstrucción de las secuelas ocasionadas por una patología oncológica. Dada la constancia del óbito, debemos presumir que su producción ha ocasionado en sus familiares un daño moral cierto.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

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

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, 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.

Los interesados atribuyen el fallecimiento del paciente, debido a un shock séptico, a la infección contraída durante su ingreso hospitalario. Con base en el informe pericial que aportan, denuncian la existencia de deficiencias en la limpieza del centro hospitalario (basadas a su vez en las manifestaciones realizadas por las trabajadoras y el Comité de Empresa de la contratista de dicho servicio), que, entienden, habrían propiciado la infección junto a los factores de riesgo personales que mencionan, y que -a su juicio- no fueron considerados por los profesionales intervinientes. Consideran que corresponde a la Administración la prueba de "la causa del daño", o la prestación por su parte de "todas las medidas de seguridad exigibles y la adecuación de su actuación a la regla de la *lex artis*", al ser el supuesto producido encuadrable en la categoría de daño desproporcionado. Al tiempo, formulan diversas objeciones sobre los preceptivos documentos de consentimiento informado relacionados con las dos intervenciones llevadas a cabo en el mes de septiembre de 2016.

Siguiendo el planteamiento de los reclamantes, la primera discrepancia suscitada radica en el carácter nosocomial del proceso infeccioso que padeció el paciente. Según aquellos, avala tal consideración el hecho de haber surgido en el ámbito hospitalario, así como el tipo de bacterias detectadas en los cultivos realizados al paciente, y así lo afirma el informe pericial que aportan, suscrito por un especialista en Medicina Intensiva. Sin embargo, la Administración instructora sostiene, de acuerdo con el informe del Servicio de Medicina Preventiva, que la infección sufrida fue producto de la colonización por bacterias del propio paciente, conforme al "patrón de sensibilidad" de las detectadas tanto en el cultivo inicial como en el efectuado dos días antes del fallecimiento. Al respecto revisten especial interés los resultados (negativos) de los controles preventivos de bioseguridad ambiental en quirófanos y

unidades críticas, ya que resultan ser el único dato empírico obrante en el expediente que permite descartar la relación entre las carencias del servicio de limpieza denunciadas por los reclamantes y el incremento del riesgo de contraer infecciones (al margen de su relevancia para enjuiciar la actuación de la Administración sanitaria en orden a evitar que el paciente contrajera una infección nosocomial, cuestión a la que nos referiremos a continuación).

Por su parte, el informe emitido por un especialista a instancia de la compañía aseguradora destaca la existencia de “posibles focos de infección” derivados de la existencia de “diversos tratamientos colaterales invasivos (catéteres IV, sonda vesical, nasogástrica)”, y ambos informes destacan que la malla que portaba el paciente al ingreso se encontraba infectada, lo que implica la existencia de un proceso activo de esta índole anterior a la intervención desarrollada en el hospital.

Teniendo presente que el origen nosocomial de la infección es controvertido, debemos tener en cuenta que, incluso aceptándolo, la Administración sanitaria prueba suficientemente la adopción de las medidas necesarias para evitar su aparición y que se acomodó en cada momento a los protocolos establecidos a tal fin. Así, existe certeza respecto a las medidas de preparación quirúrgica del paciente y de la administración de profilaxis antibiótica de acuerdo con los protocolos establecidos. Como pusimos de manifiesto, también consta la idoneidad de los espacios de riesgo (quirófanos, UCI y Reanimación) que avalan los resultados de los controles desarrollados al efecto. Frente a estos elementos de juicio no se alza ningún argumento pericial de parte más allá de la referencia a la hipótesis sobre la incidencia de la problemática laboral de la empresa de limpieza que -como hemos visto- ha quedado descartada.

En definitiva, la documentación obrante en el expediente conduce a estimar que la Administración sanitaria prueba suficientemente la adopción de las medidas necesarias para evitar que el paciente contrajera una infección nosocomial, acomodándose en cada momento a los protocolos establecidos a tal fin, sin que, por otra parte, el informe pericial aportado por los interesados proporcione argumentos concretos que contradigan tales afirmaciones.

Sobre esta cuestión, y en la hipótesis de que la infección contraída pudiese calificarse de forma indubitada como hospitalaria, debemos recordar que el artículo 34.1 de la LRJSP dispone que “No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquéllos”. En estos supuestos venimos 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, de 24 de julio). Por ello en la Memoria de este Consejo correspondiente al año 2012 ya nos mostrábamos favorables a entender que este tipo de daños, inevitables conforme al actual estado de la ciencia médica, no pueden ser indemnizados con arreglo al título de la responsabilidad patrimonial, y que podrían serlo, previa modificación legal que así lo estableciera, con cargo al de “solidaridad nacional”, como ocurre -citábamos allí- en Francia.

En cuanto al origen del fallecimiento y su consideración como daño desproporcionado -calificación que únicamente suscriben los reclamantes-, todos los informes incorporados al expediente, incluido el del perito de parte y la propuesta de resolución, destacan la complejidad de la cirugía y relacionan el trágico resultado con la confluencia de diversos factores, tales como los tejidos “con vitalidad comprometida” y el fracaso del injerto, susceptibles de desencadenar una cadena de complicaciones cuyo desenlace, según se deduce del contenido de aquellos, no permite su encaje en los parámetros definitorios

del concepto de daño desproporcionado, en cuanto resultado médicamente inexplicable.

Finalmente, debemos referirnos a las alegaciones sobre el consentimiento informado. Como punto de partida hemos de recordar que, tal y como ha declarado este Consejo con anterioridad (Dictamen Núm. 26/2017), "el consentimiento informado, como ha puesto de relieve la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, constituye una manifestación de la facultad de autodeterminación del paciente -facultad inherente a su derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 de la Constitución)-, de modo que el daño moral que se anudaría a la insuficiencia de la información suministrada al paciente y la antijuridicidad de las lesiones producidas cuando falta el consentimiento informado originan un derecho que solo este puede invocar". En el supuesto que nos ocupa, las deficiencias y ausencia de consentimiento informado que se atribuyen, respectivamente, para cada una de las dos intervenciones llevadas a cabo en el mes de septiembre de 2015 constituyen hechos que no guardan relación con el daño alegado por los reclamantes, quienes de modo expreso identifican el daño evaluable exclusivamente con el asociado al daño moral derivado de la pérdida de su familiar.

En cualquier caso, y admitiendo que no obra en el expediente remitido el consentimiento informado para la intervención del día 10 de septiembre de 2015, la cuestión suscita diversas consideraciones de interés a las que nos referimos a continuación.

La primera de ellas tiene que ver con la alegada falsedad de la firma del documento suscrito para la práctica de la primera de las intervenciones. En relación con ella, debemos reiterar el criterio expuesto en supuestos análogos precedentes y citado en la propuesta de resolución, con arreglo al cual tal imputación no puede ventilarse en este procedimiento administrativo, sino ante la jurisdicción competente.

La segunda versa sobre su idoneidad, que los interesados rechazan. La historia clínica revela que para una intervención anterior de reconstrucción posoncológica llevada a cabo en el año 2013 por el Servicio de

Otorrinolaringología (en la que se realizó retirada de malla de titanio y reconstrucción palpebral) se empleó un modelo de documento “inespecífico” para supuestos en que no existe otro. Por tanto, aun siendo defendible que el documento ahora cuestionado -que habría sido suscrito para la primera de las cirugías llevadas a cabo en el año 2015- podría haberse designado también de forma específica para la reconstrucción mediante injerto de tejido propio (y no con la más genérica “para cirugía oncológica de cavidad bucal, cara y cuello”), lo cierto es que en él se advierte que “la cirugía es el tratamiento habitual de las lesiones benignas”, y que según su tamaño “el tratamiento quirúrgico puede afectar a las estructuras vecinas, para eliminarlas como margen de seguridad o para reconstruir el defecto quirúrgico”. Se añade que la reconstrucción de los tejidos eliminados requiere la utilización de “técnicas complejas” y ocasionalmente el “empleo de injertos del propio paciente”, al tiempo que contempla las infecciones, el rechazo y/o pérdida del injerto e incluso el fallecimiento como riesgo típico del tratamiento de los tumores malignos de cabeza y cuello. En suma, de estas menciones se deduce que el propio documento incluye la reconstrucción como parte del tratamiento del tumor (pues de hecho puede llevarse a cabo en el mismo acto quirúrgico, como se hizo con el propio paciente en el año 1999 cuando se intervino por primera vez), al que se asocian de forma inequívoca los riesgos indicados. En todo caso, no puede dejar de observarse que el tiempo transcurrido entre que se facilita el documento y la intervención (siete meses) parece suficiente para que el paciente, quien ya se había sometido tanto a cirugía oncológica como reconstructiva, hubiera advertido que el consentimiento suscrito no se adecuaba a la concreta cirugía que iba a realizarse.

En relación con las consideraciones sobre el carácter de cirugía electiva y su influencia en la información a facilitar, debe tenerse en cuenta que la reconstrucción no persigue una finalidad únicamente estética, sino, dadas las estructuras afectadas, funcional. En este sentido, en la propia historia clínica consta una petición de interconsulta del médico de Atención Primaria dirigida al Servicio de Cirugía Maxilofacial (registrada de entrada en el mes de julio de 2014) en la que se consigna que el paciente presenta progresiva dificultad

para abrir la boca y “desea revisar su proceso”. Y en el documento de consentimiento suscrito en el año 2013, previo a la cirugía de extirpación de malla orbitaria (elemento que lesionaba el párpado), se indica como riesgo típico el de desplazamiento de ojo hacia abajo y visión doble. Ambos elementos de juicio evidencian que las secuelas del cáncer epidermoide sufrido tienen una repercusión no estrictamente estética, y, por tanto, no cabe considerar las intervenciones destinadas a su reparación como una cirugía electiva.

Finalmente, y en cuanto a la inclusión de los riesgos personalizados del paciente en el documento de consentimiento informado, hemos de recordar que ya en la Memoria correspondiente al año 2012 advertimos a la Administración sanitaria autonómica de la necesidad de aplicar el criterio jurisprudencial relativo a la constancia, en los documentos de consentimiento informado, de los riesgos específicos que puedan afectar al paciente en razón de sus circunstancias especiales. Ahora bien, también hemos señalado de forma concreta (Dictamen Núm. 112/2017) que la invocación de la falta de constancia de riesgos personalizados debe acompañarse de la debida justificación de la influencia de esos antecedentes en la aparición de complicaciones. En el supuesto que nos ocupa, las afirmaciones del perito de parte sobre la condición de factores de riesgo de la radioterapia previa y la mala calidad de los vasos sanguíneos y el hueso facial de un paciente fumador no encuentran sustento en la bibliografía que cita, y a ellas se opone expresamente el informe del Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial, quien sostiene que ambas cuestiones carecen de “soporte empírico adecuado” o de *corpus científico* que las sustente, y aporta referencias de varios estudios que abordan de forma específica el impacto de la radioterapia preoperatoria en reconstrucciones quirúrgicas.

En definitiva, no cabe establecer relación de causalidad entre el fallecimiento del interesado y la asistencia que se le dispensó, pues esta fue correcta.

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,