

Expediente Núm. 278/2017  
Dictamen Núm. 278/2017

**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 9 de noviembre 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 29 de septiembre de 2017 -registrada de entrada el día 5 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su padre, a consecuencia de una infección nosocomial.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 24 de febrero de 2016, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye al funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Explica que su padre “comenzó a padecer, en 2014, a los 69 años de edad, debilidad en los miembros inferiores, problemas de movilidad y

deambulaci3n, as3 como ca3das, precisando inicialmente de la asistencia de muletas y, posteriormente, de un andador”.

Tras indicar que ingres3 en el Hospital ..... el 7 de noviembre de 2014 a propuesta de un neur3logo y ante la sospecha de compresi3n medular de probable origen tumoral, se3ala que el d3a 21 del mismo mes “se practic3 la primera operaci3n, consistente en biopsia e intervenci3n descompresiva”, tras la cual el paciente “mejor3 significativamente en la movilidad del miembro inferior izquierdo”. A3ade que “los an3lisis posteriores de la biopsia mostraron que se trataba de un tumor benigno situado en la m3dula”, y que “la operaci3n principal tuvo lugar el 1 de diciembre de 2014 y dur3 aproximadamente doce horas, extray3ndose el tumor, por lo que parece de naturaleza benigna, e implant3ndose una placa met3lica”, con el pron3stico de que el paciente podr3 volver a caminar con ayuda de muletas o bastones.

Manifiesta que “a continuaci3n se produjeron una concatenaci3n de complicaciones relacionadas con una infecci3n nosocomial o intrahospitalaria que afectaba a la herida quir3rgica y al l3quido cefalorraqu3deo de la que esta parte tuvo conocimiento con posterioridad”, y explica que “el 4 de diciembre de 2014 se le produjo un hematoma a nivel medular que le afectaba a la movilidad de los brazos” y que requiri3 una nueva intervenci3n, y que “el 5 de diciembre de 2014 sufri3 un s3ndrome compartimental en ambos brazos que afectaba principalmente al derecho. Fue intervenido urgentemente por Cirug3a Pl3stica. Los doctores nos informaron que se deb3 a la fragilidad general del cuerpo tras la operaci3n principal, y quiz3 tambi3n a los corticoides. Nada se nos inform3 sobre infecci3n alguna. Por lo que parece, este s3ndrome no tuvo m3s secuelas que la necesidad de realizar posteriormente un injerto, sin afectar a la movilidad”.

Rese3a que el d3a 10 de diciembre de 2014 el enfermo “sufri3 un peque3o ictus” y que “posteriormente, ante un cuadro de debilidad presumiblemente relacionado con la infecci3n, tuvo que ser alimentado mediante sonda nasog3strica durante unos d3as hasta que retorn3 a la alimentaci3n s3lida. El d3a 18 de diciembre de 2014 se le realiz3 el injerto al que se hizo referencia con anterioridad, sin ninguna complicaci3n rese3able”.

Reseña que más tarde se les informó que su padre “ya estaba muy recuperado y que en unos días iba a pasar a la planta de rehabilitación, en cuanto se superase la infección de la herida quirúrgica a la cual no se había hecho referencia con anterioridad (...). Sin embargo, el 25 de diciembre de 2014 (...) se manifestó en toda su crudeza la infección hospitalaria, que cursó con meningitis, hidrocefalia, afección a la herida quirúrgica y graves problemas respiratorios, lo que motivó que el día 26, tras una intervención urgente, ingresara en (...) Cuidados Intensivos Intermedios. Alguno de los doctores comentó que podía existir infección en la zona del tornillo o placa metálica (...). Los días sucesivos experimentó cierta mejoría, hasta que el 2 de enero de 2015 (...) nos indicaron que ya no tenía infección y que le iban a dar de alta de la UCI (...). No obstante, los problemas respiratorios se agravaron y fue intubado (...). Tenía un doble foco infeccioso en el líquido cefalorraquídeo y en la herida quirúrgica que producía compresión medular y afectaba a la respiración, así como que la infección estaba causada por una bacteria muy resistente, la cual, pese al tratamiento con Vancomicina y Colistina, no estaba remitiendo”.

Aclara que, aunque el día 9 de enero de 2015 el paciente fue nuevamente operado y se descartó la infección del tornillo, la infección persistió, si bien en días posteriores en “la UCI indicaron que la infección estaba mejorando”, alcanzando el día 17 de enero de 2015 un elevado nivel de consciencia con retirada de “la respiración asistida”. Sin embargo, “empeoró nuevamente de la consciencia y de la respiración”, y “los doctores de la UCI dieron los peores pronósticos, no exentos de diagnósticos e información bastante contradictorios sobre la evolución de la infección y de las patologías”, y hubo de practicársele el 29 de enero de 2015 una traqueotomía. Precisa que aunque se produjo cierta mejoría la infección no remitía, y que se les informó verbalmente de que “iban a proceder a la retirada del antibiótico (Colistina)”, que “al parecer era el único aplicable para la bacteria (...), puesto que ya llevaba un mes con él, así como que únicamente se lo volverían a administrar si tuviera fiebre (...). Posteriormente, y tras hacer una parada en la administración del antibiótico aplicable a dicha bacteria, comenzaron a

suministrársele dos nuevos antibióticos añadidos a la Colistina que provocaron una mejora de la infección”, pues el paciente “estaba consciente en algunos momentos y era capaz de pronunciar algunas palabras, así como de mover los miembros superiores e inferiores”. Aun cuando los doctores llegaron a comunicarle el día 20 de febrero la inminencia de un alta en la UCI, con fecha 24 de ese mes “se detectó una hemorragia en el líquido cefalorraquídeo y se produjo dilatación de pupilas y coma profundo”, falleciendo al día siguiente.

Afirma que “no se nos facilitó información suficiente sobre los riesgos de contraer una infección nosocomial o intrahospitalaria, ni mucho menos sobre el riesgo de que dicha infección pudiera conllevar un resultado de muerte”. Considera “evidente que la infección de la herida quirúrgica se produjo como consecuencia de la operación principal, realizada el 1 de diciembre de 2014, pues a continuación sobrevino un auténtico calvario de complicaciones sin que, por lo que resulta de antecedentes, hubiera una adecuada y temprana detección de la infección, ni tampoco del grave riesgo que podría conllevar, el cual final y desgraciadamente se materializó; ni un adecuado y suficiente tratamiento inmediato de una infección intrahospitalaria de tanta gravedad y resistencia; ni una previsión de que la infección de la herida quirúrgica pudiera afectar gravemente a las facultades respiratorias, con necesidad de intubación y traqueotomía, o al líquido cefalorraquídeo, con resultado de meningitis aguda. En este sentido, los tratamientos ulteriormente aplicados en la UCI a partir del 26 de diciembre de 2015 (*sic*) deberían haberse aplicado con anterioridad; o, en su defecto, otros asimilables y más intensos tendentes a erradicar o controlar la infección de la herida quirúrgica, así como a evitar que dicha infección afectara al líquido cefalorraquídeo produciendo una severa meningitis, o a las funciones respiratorias causando graves afecciones que precisaron posteriormente de intervenciones extremas. Asimismo, y vistas las sucesivas complicaciones del paciente tras la operación principal, debería haberse identificado y valorado el riesgo infeccioso en su auténtica y grave dimensión./ Tampoco existió un adecuado tratamiento en la UCI, pues si bien inicialmente se me comunicó que no existía más que un único antibiótico aplicable a la bacteria resistente, finalmente, y en grave

contradicción con lo anterior, resultó que había otros dos antibióticos aplicables, los cuales, cuando se administraron, provocaron una mejora sustancial de la infección merced a su efecto sinérgico”.

Señala que “cabe ciertamente plantearse qué hubiera sucedido si dichos antibióticos se hubieran aplicado al comienzo de la estancia en la UCI -26 de diciembre de 2014- o en fechas próximas a esta en lugar de aplicarlos al final de la misma (...). Asimismo, la información suministrada en la UCI fue (...) contradictoria, pues, como resulta de antecedentes, tan pronto se afirmaba que la infección había remitido o se valoraba el retorno a planta como se manifestaba el pronóstico contrario”.

Tras citar diversa jurisprudencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en materia de infecciones nosocomiales, reitera que, pese a que “se nos informó *a priori* acerca de que la operación podría no mejorar significativamente la movilidad o incluso empeorarla si salía mal; esto es, se nos informó sobre los riesgos de la operación en sí pero no sobre los de posible adquisición de infecciones nosocomiales ni sobre su gravedad”, por lo que considera que se ha producido una “absoluta insuficiencia e ineficiencia del consentimiento informado”.

Cuantifica la reclamación en noventa y un mil ochocientos noventa y siete euros (91.897 €), cantidad resultante de la suma de las correspondientes a la indemnización básica por muerte “cuando la víctima no tenga cónyuge, un solo hijo mayor de 25 años y la edad se sitúe entre 66 y 80 años”, a la que aplica un factor de corrección del 25 %, al ser la víctima “hijo único y mayor de 25 años”, añadiendo finalmente una cantidad (20.000 €) por insuficiencia del consentimiento informado. Especifica que la indemnización se solicita con arreglo al baremo establecido en la Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal para ese año del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Adjunta diversa documentación, entre la que se encuentra una copia del documento nacional de identidad del reclamante y de su progenitor y un

informe clínico emitido por un especialista en Neurología, con fecha 6 de noviembre de 2014, en el que constan las pruebas realizadas para la valoración al paciente y la impresión diagnóstica de "síndrome medular transverso incompleto en probable relación a lesión intramedular (ausencia de dolor) dorsal alta (nivel sensitivo D3-D4)".

**2.** Mediante escrito de 17 de marzo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** El día 6 de abril de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente en soporte electrónico.

Con fecha 14 de ese mismo mes le traslada el informe emitido por un facultativo del Servicio de Neurocirugía del Hospital ..... el 13 de abril de 2016. En él expone que el paciente "padecía una patología tumoral cervical compleja que ocasionaba mielopatía severa y que fue tratada mediante exéresis microquirúrgica y artrodesis cervical posterior. Durante el posoperatorio (...) presentó una hemorragia subdural e hidrocefalia-fístula de líquido cefalorraquídeo (...) que requirieron de tratamiento quirúrgico, realizándose evacuación microquirúrgica e implantación de drenaje ventricular externo con impregnación antibiótica, respectivamente, tal y como consta en los informes clínicos./ Sin embargo, durante su seguimiento y tratamiento en UCI, y probablemente en relación al estado general y antecedentes del enfermo (...), experimentó una infección nosocomial severa del sistema nervioso central (...) tras colonización del (líquido cefalorraquídeo) por *Acinetobacter baumannii*. A pesar de los múltiples tratamientos antibióticos pautados el enfermo no evolucionó favorablemente, falleciendo finalmente./ Es necesario mencionar

que las infecciones hospitalarias resultan ser una complicación descrita en el tratamiento de los tumores espinales, tal y como consta en el consentimiento entregado tras las oportunas explicaciones acerca de los pros, contras y riesgos de la terapia aconsejada al enfermo (se adjunta). Por otro lado, el resultado final del tratamiento médico de una infección hospitalaria o comunitaria depende de la severidad de la misma y de las condiciones generales del paciente, no estando exenta de morbi-mortalidad en pacientes con comorbilidades o estados clínicos que provoquen una merma del sistema inmunitario”.

Adjunta el documento de consentimiento informado para cirugía de los tumores espinales suscrito por el paciente el 17 de noviembre de 2014. En él se consigna como uno de los “riesgos típicos” de la intervención el de “infecciones (planos superficiales, profundos, empiema, meningitis)”.

El día 19 de abril de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido con fecha 18 de ese mismo mes por la Médica Adjunta del Servicio de Medicina Intensiva. En él se refleja que el paciente ingresó en la “UCI el día 26 de diciembre de 2014 procedente del Servicio de Neurocirugía tras implante de drenaje ventricular externo en un posoperatorio complicado de meningioma a nivel C3-T2. Durante su estancia en planta presenta múltiples complicaciones ya referidas en el informe de exitus (...). Durante su ingreso en nuestro Servicio presenta una infección de herida quirúrgica y meningoventriculitis por germen multirresistente (*Acinetobacter baumannii*) recibiendo antibioterapia según antibiograma. A pesar de la antibioterapia inicial no hay buena respuesta, por lo que posteriormente, de acuerdo con el Servicio de Infecciosas, se amplía cobertura antibiótica (...). El paciente mantiene un nivel de conciencia fluctuante, manteniendo en todo momento una tetraparesia muy severa. En todo momento se informa de la evolución a la familia (hijo)”, constando la evolución posterior en el informe de exitus.

**4.** Mediante escrito de 23 de junio de 2016, la Directora General de Política Sanitaria pone en conocimiento de la corredería de seguros la presentación de la reclamación.

**5.** Con fecha 17 de enero de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una "copia en formato electrónico de la historia clínica completa" del paciente.

El día 23 del mismo mes, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas reitera a la Gerencia del Área Sanitaria IV, y "al objeto de continuar la instrucción del expediente (...) y dar traslado del mismo" al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias al haberse interpuesto por el interesado recurso contencioso-administrativo, una copia de la historia clínica completa del paciente, pues "ninguno de los dos CDs recibidos incorpora la documentación completa. Concretamente, en el último CD el archivo denominado H.<sup>a</sup> C.<sup>a</sup> Millennium (11 folios) tan solo contiene informes y no incluye cursos clínicos, observaciones, hojas de intervención, etc.)".

La documentación solicitada se remite el día 1 de febrero de 2017.

**6.** Mediante oficio de 10 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada al Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia del expediente administrativo para su remisión al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias.

El día 27 de marzo de 2017, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias requiere al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios para que complete el expediente administrativo, al haber solicitado el interesado una ampliación del mismo, incluyendo los "protocolos de medicina preventiva; prevención y detección de infecciones preoperatorias, operatorias y posoperatorias; prevención, vigilancia, seguimiento, tratamiento y control de infecciones; y de aislamiento y precauciones higiénicas frente a



infecciones en régimen de hospitalización aplicables y vigentes en el (Hospital .....) en los años 2014 y 2015”, así como un “índice completo del expediente”.

**7.** Con fecha 30 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un “informe del Servicio de Medicina Preventiva sobre la incidencia de infecciones tras cirugía de columna en el (Hospital .....) durante los años 2014 y 2015 para ver si están dentro de los límites aceptables para este tipo de hospitales”.

El día 4 de abril de 2017, insta nuevamente los “protocolos de medicina preventiva; prevención y detección de infecciones preoperatorias”. La petición se reitera en el mes de mayo tras un nuevo requerimiento del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias bajo apercibimiento de multa a la autoridad o empleado personalmente responsable.

**8.** Mediante oficio de 18 de mayo de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la siguiente documentación enviada por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Central de Asturias: “Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles (...). Mapas de aislamientos de distintas fechas de 2014 y 2015 (seguimiento y monitorización de infecciones y/o colonizaciones) (...). Guía de antisépticos y productos para la higiene y descolonización del paciente vigente (...). Resumen del programa preventivo ‘Infección quirúrgica Zero’, llevado a cabo en servicios quirúrgicos del (Hospital Universitario Central de Asturias) (...). Informes de monitorización de cumplimiento de medidas del programa IQZero (...). Resumen de programas de vigilancia, prevención y control, en concreto del estudio EPINE (...). Gráficos-resumen de resultados del estudio EPINE para los años 2015-2014. Datos por Servicio y por Unidades de Hospitalización (...). No se incluyen, pero se entienden implícitas a los puntos documentados, las actividades de formación en higiene de manos, en aislamientos y antisepsia que implican los

programas mencionados y que se imparten periódicamente” en el hospital. Por último, y “en relación a la infección de intervenciones de columna”, indica que “no existen datos publicados a nivel nacional que nos permitan valorar si están dentro de los límites aceptables para este tipo de hospitales; sí podemos decir que el EPINE del año 2015 tan solo constata una infección de herida quirúrgica en el Servicio de Neurocirugía, 3 infecciones respiratorias y 1 bacteriemia confirmada microbiológicamente”.

La documentación se traslada al Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias el 24 de mayo de 2017.

**9.** Figura incorporado al expediente, a continuación, el informe elaborado por un especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas el día 9 de junio de 2017 a instancia de la compañía aseguradora. En él, tras describir la evolución del paciente y hacer referencia al control de infecciones en el Hospital ....., se indica que “en la evolución de los aislamientos entre 2014 y 2015 se ve un descenso del número, con una cantidad de aislamientos por *Acinetobacter* muy escasa, lo que pone en evidencia que las medidas de aislamiento son adecuadas”.

Se efectúan diversas consideraciones médicas en torno a la meningitis asociadas a cuidados sanitarios y a la bacteria *Acinetobacter baumannii*, y se explica que esta “puede ser hallada en múltiples medios animados e inanimados”, tanto en material hospitalario como en la flora normal de la piel de los adultos sanos, poniendo de relieve que “en los últimos años hemos asistido a un importante incremento de las infecciones nosocomiales por *A. baumannii*, siendo responsable de infecciones graves, como sepsis, neumonía y meningitis. No es infrecuente que algunas de estas infecciones nosocomiales aparezcan en forma de brotes. Las unidades más afectadas son las de cuidados intensivos y quemados, donde el uso masivo de antibióticos puede seleccionar la aparición de cepas multirresistentes”, siendo esa resistencia a múltiples antibióticos “habitual en este microorganismo”, lo que implica “dificultades para realizar un tratamiento adecuado, lo cual contribuye a aumentar la potencial gravedad de la infección”.

En cuanto al "tratamiento combinado", explica que "esta terapia antimicrobiana se utiliza con frecuencia (...) como una estrategia para aumentar la probabilidad de cobertura antibiótica empírica adecuada antes de conocer la sensibilidad a los fármacos, para disminuir el riesgo de resistencia emergente y mejorar los resultados en las infecciones resistentes, pero no existen datos clínicos definitivos para apoyar su uso con este fin", pues "hay algunas evidencias de que el tratamiento combinado se asocia con mejores resultados para infecciones por *Acinetobacter* resistente pero no en todos los estudios es así". Indica que "el enfoque inicial" del tratamiento de la meningitis por *Acinetobacter* "es similar a las infecciones por *Acinetobacter* en general. Sin embargo, la penetración de los antibióticos en el (líquido cefalorraquídeo) limita las opciones terapéuticas para las infecciones del sistema nervioso central".

Concluye que "la incidencia de meningitis posquirúrgica puede llegar al 1,5 % a pesar de que se pongan en marcha todas las medidas preventivas posibles. Y así consta en el consentimiento informado que firmó el paciente, que había riesgo de sufrir una infección después de la cirugía (...). El germen que infectó la herida y el (líquido cefalorraquídeo) (*Acinetobacter*) era una bacteria muy resistente a los antibióticos, y el paciente tenía varios factores de riesgo que le hacían más predispuesto a estas infecciones: uso previo de antibióticos, encamamiento, ventilación mecánica (...). Además estas infecciones tienen una mortalidad mucho mayor (...). No hay datos en la literatura médica de que el tratamiento antibiótico combinado sea más eficaz que el tratamiento con un único antibiótico en casos de infecciones por gérmenes muy resistentes. En un principio se trató solo con uno porque probablemente no había más disponibles, aunque posteriormente los hubiera debido a que el perfil de resistencias puede cambiar en el mismo germen de un periodo a otro. Además, se añadió la Colistina por vía intratecal, como se recomienda en las guías cuando hay *Acinetobacter* resistente. Se realizó el tratamiento antibiótico correcto ante la presencia de los gérmenes encontrados durante el tiempo también adecuado (...). El día 26 de diciembre comienza de nuevo con fiebre, pero se detecta salida de líquido purulento por

la herida quirúrgica, se recoge cultivo y unos días después llega el resultado de positividad para *Acinetobacter*, comenzando con el nuevo antibiótico ese mismo día. No se empezó tarde, pues el mismo día del resultado se administra el antibiótico adecuado (...). Efectivamente la infección de la herida quirúrgica puede afectar a las meninges y por eso se hacían las curas y se comenzó el tratamiento antibiótico (...). Como se ha dicho, la mortalidad en estos casos es muy elevada a pesar de que se pongan en marcha todas las medidas de tratamiento conocidas y adecuadas, como fue el caso (...). Estamos aún lejos de conseguir el `cero` en las infecciones asociadas a los cuidados sanitarios, a pesar de que en los últimos años han disminuido mucho. Erradicar completamente estas infecciones es muy difícil e imposible evitarlas al 100 %. En algunas ocasiones es inevitable la aparición de infecciones intrahospitalarias a pesar de que se pongan en marcha todas las medidas conocidas de asepsia e higiene y se cumplan de manera estricta (...). En cuanto se tuvo conocimiento de la infección se establecieron las medidas de precaución y aislamiento para los gérmenes de alerta transmisibles por contacto, según las indicaciones de Medicina Preventiva que constan en los protocolos que existen y que están vigentes en el hospital (...). En el periodo en el que el paciente estuvo ingresado no hubo notificación de más casos de *Acinetobacter*, lo que demuestra que las medidas de aislamiento tomadas fueron correctas y adecuadas a la situación (...). El tratamiento antibiótico fue el adecuado, y no considero que haya mala práctica en este caso”.

**10.** El día 26 de junio de 2017, la Coordinadora de Auditorías Asistenciales y Docentes remite al Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias diversa documentación complementaria en relación con el expediente.

**11.** Mediante escrito notificado al interesado el 2 de agosto de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de documentos obrantes en el expediente.

El día 21 de agosto de 2017, el perjudicado presenta un escrito de alegaciones en el que indica que el plazo legal para resolver el procedimiento expiró el día 24 de agosto de 2016, “produciéndose la desestimación presunta de la reclamación por silencio administrativo”.

Tras dar por reproducidas las alegaciones que se contienen en el recurso contencioso-administrativo interpuesto frente a aquella, considera que “la resolución extemporánea o tardía del procedimiento, una vez ya iniciado el recurso jurisdiccional y hallándose este en avanzada fase de tramitación, obligaría a la Sala a una nueva tramitación del proceso judicial con los consecuentes perjuicios para el órgano judicial, así como para las partes, incrementando asimismo las cargas y los costes procesales para quien ya ha acudido legítimamente a la vía judicial ante la inacción administrativa dilatada en el tiempo”.

Manifiesta que “en el presente caso se advierte que la Administración está ejercitando sus potestades de forma claramente desviada. El expediente no fue objeto de instrucción relevante alguna hasta la interposición del recurso contencioso-administrativo, y a causa de la misma. Con posterioridad a esta, la instrucción del presente procedimiento se somete a un largo y claro lapso de parálisis, pretendiendo reiniciarse precisamente a continuación de que esta parte haya formulado la demanda -y a causa de la misma-, y de forma coetánea con la contestación formulada por la propia Administración, todo ello al objeto de intentar subsanar las irregularidades ya acaecidas y producir una apariencia de instrucción del expediente, bien que *a posteriori* de la demanda”; proceder que, a su juicio, provoca “una innecesaria duplicidad de trámites simultáneamente en vía judicial y administrativa, incrementando sus cargas y costes procesales y produciéndole un perjuicio perfectamente evitable, habida cuenta que es gravemente disfuncional obligar a un interesado a formular alegaciones de forma prácticamente simultánea en vía judicial y en vía administrativa en dos procedimientos, uno jurisdiccional y otro administrativo, que tienen el mismo objeto, al efecto desviado de producir una apariencia de subsanación del administrativo en el judicial”.

Reprocha que “existen, aproximadamente, 4.000 folios del expediente que no han sido objeto de índice alguno. Por otra parte, dichas carpetas informáticas, que, a su vez, se subdividen en varias subcarpetas, no siguen un orden lineal ni, en muchos casos, cronológico”.

Solicita que “se den por íntegramente reproducidos los hechos, fundamentos de derecho y pretensiones de la demanda formulada en el procedimiento (...) que se sigue ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, así como de los escritos de alegaciones complementarias formulados en dicho proceso”, y que “la Administración se abstenga de resolver al estar atribuido el conocimiento de la cuestión al orden jurisdiccional contencioso-administrativo; o, subsidiariamente, se dicte resolución estimatoria de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial” en la cuantía solicitada.

**12.** El día 15 de septiembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes obrantes en el expediente. Afirma que “la asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Se trataba de una intervención quirúrgica compleja y era la única alternativa terapéutica a la patología que presentaba. El hematoma y la infección constituyen la materialización de los riesgos descritos en (...) este tipo de procedimientos, que el paciente conocía y asumió al suscribir el documento de consentimiento informado donde se describen este tipo de riesgos. El tratamiento antibiótico fue el adecuado y se inició en cuanto se detectó la infección, siendo modificado posteriormente tras los resultados del antibiograma”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación del interesado interpuesta el día 24 de febrero de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe 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, la reclamación se presenta con fecha 24 de febrero de 2016, habiendo tenido lugar los hechos por los que se reclama (el fallecimiento del paciente), el día 25 de febrero de 2015, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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



Sin embargo, observamos que, tal y como reprocha el interesado en el trámite de audiencia, la falta de documentación en la historia clínica remitida inicialmente en soporte electrónico origina diversas dilaciones derivadas de la necesidad de formular requerimientos para que se complete; el reclamante llama también la atención acerca de la falta de un índice de los documentos que la integran, atendiendo a su elevado número, y la ausencia de orden cronológico en su disposición.

Debemos recordar al respecto que en las observaciones y sugerencias formuladas en la Memoria de este Consejo correspondiente al año 2015 advertíamos, a propósito de la entonces incipiente "gestión electrónica de los procedimientos administrativos", que "la historia electrónica parece orientada fundamentalmente al análisis y la explotación de sus datos por parte de los profesionales médicos mediante consulta a través de pantalla, careciendo de un formato de salida en papel o electrónico que proporcione a otro tipo de interlocutor una historia íntegra del proceso objeto de reclamación, ordenada conforme a criterios cronológicos y por servicios, que facilite el estudio, en este caso desde una perspectiva jurídica, de las reclamaciones presentadas, tanto en vía administrativa como en vía contencioso-administrativa". Por ello instábamos "a la Administración sanitaria la incorporación, cualquiera que sea el soporte, de la historia clínica íntegra del proceso asistencial por el que se reclama, pues este es el documento básico sobre el que se realiza el análisis de la existencia o inexistencia de responsabilidad patrimonial por daños en los casos en los que existen demandantes de tal acción contra la Administración". Consideraciones que, a la vista de las vicisitudes concurrentes en este expediente en relación con dicha cuestión, resulta necesario reiterar.

Se aprecia asimismo 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 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Por otra parte, de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia del recurso contencioso-administrativo interpuesto por el reclamante frente a la desestimación presunta de su solicitud. En el escrito que presenta durante la sustanciación del trámite de audiencia aquel pide que la Administración “se abstenga de resolver” el procedimiento “al estar atribuido el conocimiento de la cuestión al orden jurisdiccional contencioso-administrativo” -salvo que, según precisa, procediera la estimación-, por lo que realizaremos una breve consideración a propósito de la obligación de resolver en casos como el que nos ocupa. Establecido en el artículo 42.1 de la LRJPAC que la “Administración está obligada a dictar resolución expresa en todos los procedimientos y a notificarla cualquiera que sea su forma de iniciación”, el vencimiento del plazo determinado para ello no exime a aquella de su obligación de resolver de forma expresa, aun extemporáneamente, y, en este sentido, el artículo 43 de la LRJPAC, al tratar del silencio administrativo en los procedimientos iniciados a solicitud del interesado, dispone, en su apartado 3.b), que en “los casos de desestimación por silencio administrativo, la resolución expresa posterior al vencimiento del plazo se adoptará por la Administración sin vinculación alguna al sentido del silencio”. Como hemos tenido ocasión de señalar con anterioridad (Dictamen Núm. 3/2015), “la sustanciación de un recurso en vía contenciosa frente al acto presunto no libera a la Administración de cumplir con aquella obligación general, y por ello el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, contempla el caso de que `en los recursos contencioso-administrativos interpuestos contra actos presuntos la Administración dictare durante su tramitación resolución expresa respecto de la pretensión inicialmente deducida´. Si eso sucediera, señala el mismo precepto, `podrá el recurrente desistir del recurso interpuesto con fundamento en la aceptación de la resolución expresa que se hubiere dictado o solicitar la ampliación a la resolución expresa´; por tanto, la Administración puede resolver expresamente la reclamación presentada”. No obstante lo anterior, con carácter previo deberá comprobarse si el proceso judicial en curso ha finalizado, pues en tal caso sí habría de acatarse el pronunciamiento judicial,

de acuerdo con lo establecido en los artículos 118 de la Constitución y 103.2 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración

Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de un paciente, ocurrido durante una estancia hospitalaria en la que debió someterse a diversas intervenciones relacionadas con la patología tumoral que sufría.

Del examen del expediente resulta acreditada la defunción, que sucede durante el ingreso que acaba de mencionarse, por lo que cabe presumir que la muerte ha causado en el descendiente del fallecido 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*. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

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.

El interesado alega que existió un retraso en el diagnóstico de la infección nosocomial que padecía el paciente y que ello implicó una demora en la administración del necesario tratamiento, al haberse extendido la infección desde la herida quirúrgica al líquido cefalorraquídeo “produciendo una severa meningitis”. Cuestiona también el tratamiento antibiótico prescrito inicialmente, pues considera que dos medicamentos administrados en un segundo momento provocaron una mejora en su estado que podría haberse anticipado. Finalmente, reprocha que ni él ni su padre recibieran información suficiente, al no haberseles comunicado la posibilidad de contraer una infección intrahospitalaria y que esta pudiera desembocar en el fallecimiento.

En primer lugar, y en cuanto al posible retraso en la detección de la infección, advertimos que el reclamante no señala qué indicios o síntomas permitían anticipar el diagnóstico. Por su parte, el especialista que informa a instancia de la compañía aseguradora afirma que no existió demora en el tratamiento, lo que corroboran los datos que constan en la historia clínica. Así, en el informe clínico de alta del Servicio de Neurocirugía figura que el día 15 de diciembre de 2014 “comienza con fiebre. Bioquímica de (líquido cefalorraquídeo) compatible con meningitis, por lo que se inicia tratamiento

con Meropenem y Vancomicina, con mejoría clínica en los días siguientes. Informe de Microbiología de crecimiento en (líquido ceforraquídeo) de *Klebsiella oxytoca* y corinebacterias resistente solo a Ampicilina". En esa fecha la herida quirúrgica estaba "seca y en buen estado", y no es hasta el día 27 de diciembre cuando se reseña "salida de exudado purulento por la herida quirúrgica", recomendándose "retirar grapas y realizar las curas habituales" -curas que, según la historia, venían siendo diarias-. También consta que la persistencia de la herida motivó su limpieza quirúrgica días después (el 31 de diciembre), y que "ese mismo día se informa de crecimiento de *A. baumannii* sensible solo a Colistina en herida quirúrgica, por lo que añade Colistina (...) al Menoperem y la Vancomicina". Es decir, las actuaciones fueron ajustándose al desarrollo del proceso infeccioso cuya gravedad, según explica el especialista antes citado, puede estar relacionada con la aparición de cepas multirresistentes a los antibióticos. En particular, y en cuanto a la alegación del reclamante sobre el tipo de antibiótico empleado, justifica la modificación con base en que "el perfil de resistencias puede cambiar en el mismo germen de un periodo a otro"; a su vez, el informe del Servicio de Medicina Intensiva aclara que el cambio del tratamiento inicial vino determinado por la falta de respuesta, lo que originó la ampliación de la cobertura antibiótica. De estas explicaciones médicas se infiere que las variaciones en la prescripción que menciona el reclamante están justificadas médicamente, y que habrían sido correctas, pues, según refiere él mismo, provocaron una mejoría.

El mismo especialista destaca que "en el periodo en el que el paciente estuvo ingresado no hubo notificación de más casos de *Acinetobacter*, lo que demuestra que las medidas de aislamiento tomadas fueron correctas y adecuadas a la situación"; también indica que el escaso número de aislamientos en el año en que ocurre el fallecimiento y en el anterior evidencia que las medidas de este tipo adoptadas son idóneas para evitar nuevos contagios. En este sentido, la documentación remitida por el Servicio de Medicina Preventiva recoge el conjunto de medidas dispuestas con carácter general por la Administración sanitaria para erradicar este tipo de infecciones, y el examen de la historia clínica refleja el cumplimiento de los protocolos

establecidos a tal fin, tanto en cuanto a la preparación quirúrgica del paciente como en lo relativo a la administración de profilaxis antibiótica de acuerdo con los protocolos establecidos.

Por lo que se refiere al hecho de haber contraído el paciente una infección en el hospital, 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). Y así lo sentaba recientemente el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias al declarar que "en materia de asepsia hospitalaria hemos de recordar que ha de acreditarse el estándar de cuidado y limpieza para evitar en lo técnico y humanamente posible las rebeldes infecciones hospitalarias, y que corresponde a la Administración sanitaria, bajo el principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) o por aplicación de la doctrina del daño desproporcionado en su caso, justificar que ha cumplido con los protocolos de asepsia en el caso. Por lo expuesto ha de estarse al criterio del Tribunal Supremo que sintetiza" la Sentencia de 5 de octubre de 2010 cuando 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 LRJPAC “y, por tanto, constituir una circunstancia excluyente de la responsabilidad patrimonial de la Administración” -ECLI:ES:TSJAS:2017:3028-.

La enorme dificultad de erradicar en el estado actual de la ciencia y de la técnica médicas las infecciones nosocomiales, nos llevó a propugnar en la Memoria de este Consejo correspondiente al año 2012 que este tipo de daños no tienen la vía idónea de reparación en el título de la responsabilidad patrimonial, si bien podrían serlo, previa modificación legal que así lo estableciera, con cargo al de “solidaridad nacional”, como ocurre -citábamos allí- en Francia.

En cuanto a la última de las imputaciones, la relativa a la ineficacia del consentimiento informado suscrito, de los términos en que el interesado se refiere a este concepto indemnizatorio parece deducirse que el daño moral por el que se reclama es exclusivamente el relacionado con la insuficiencia del consentimiento suscrito para la intervención realizada el día 1 de diciembre de 2014, de la que, a su juicio, deriva el proceso infeccioso. Habiendo sido firmado el documento correspondiente por el paciente, debemos recordar que es doctrina reiterada de este Consejo que “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” (Dictamen Núm. 26/2017). También hemos señalado, en un supuesto en que las reclamantes alegaban “un daño moral propio con base en la falta de consentimiento informado para la intervención realizada a su padre”, que “no cabe apreciar tal daño, pues el daño moral es personalísimo” (Dictamen Núm. 152/2015).



Debe tenerse en cuenta, no obstante, que el documento de consentimiento informado suscrito por el fallecido “para cirugía de los tumores espinales” incluye como uno de los riesgos típicos el de “infecciones (planos superficiales, profundos, empiema, meningitis)”, por lo que no cabría alegar insuficiencia informativa sobre este extremo, ya que el riesgo materializado constituye una de las complicaciones típicas descritas de la cirugía realizada. Es decir, no nos hallamos ante un consentimiento informado que contenga una alusión genérica a la posibilidad de contraer una “infección”, alusión que no ampararía la antijuridicidad de la de cualquier gravedad, sino de la previsión específica de una de las complicaciones más graves de las acaecidas, la meningitis aguda.

En todo caso, y dado que en su escrito el reclamante reprocha que no se le facilitara información suficiente en calidad de familiar, debemos referirnos a este aspecto teniendo en cuenta las circunstancias concurrentes -debe recordarse que, conforme al artículo 5.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, se informará a “las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho” cuando “el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico”, y según consta en el expediente el enfermo habría presentado momentos de consciencia disminuida-. Al respecto, de su propio relato se infiere que existió información puntual a lo largo de todo el proceso, e incluso en el mes de enero de 2015 (esto es, un mes antes del fallecimiento, que tuvo lugar el día 25 de febrero) “los doctores de la UCI dieron los peores pronósticos”, por lo que no podemos compartir que haya existido falta de información consistente en la ausencia de advertencia de que “dicha infección pudiera conllevar un resultado de muerte”; conclusión que respaldan diversas anotaciones obrantes en la historia clínica.

En definitiva, no resulta acreditado que la Administración sanitaria haya incurrido en infracción de la *lex artis* o mala praxis en relación con la asistencia sanitaria desplegada para la atención del paciente, resultando de los informes

médicos incorporados a aquel que la misma fue correcta y adecuada a los diversos procesos que surgieron durante el ingreso hospitalario.

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

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.