

Expediente Núm. 43/2015
Dictamen Núm. 68/2015

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 abril de 2015, 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 19 de febrero de 2015 -registrada de entrada el día 5 de marzo de 2015-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su padre que atribuyen a la asistencia dispensada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 10 de julio de 2014, las interesadas presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados del fallecimiento de su padre que atribuyen a la asistencia que se le dispensó en un hospital público.

Exponen que su padre "es diagnosticado en el Hospital, de adenocarcinoma de próstata, operado en abril del 2013 en estadio T3aN+ y sometido a tratamiento con hormonoterapia adyuvante a cirugía de próstata", precisando que "ingresa el 9-7-13 para tumorectomía renal izquierda programada para el día siguiente".

Señalan que "a las 24 h de la cirugía comienzan parámetros de infección que los facultativos interpretan como íleo paralítico posoperatorio secundario al uso de fármacos opiáceos".

Manifiestan que, "constatada la existencia de perforación del colon descendente, acompañada de desgarro de bazo, con fecha 16-7-14 (*sic*) se le somete, con carácter de urgencia, a la resección de colon descendente, control de desgarro de bazo, drenaje de penrose a nivel de gotiera izquierda y drenaje en zona de lumbotomía y colostomía".

Ponen de relieve que "la evolución posterior es desastrosa, con la existencia de proceso séptico casi permanente secundario a colecciones intraabdominales infectadas y celulitis severa de pared con datos de gas", añadiendo que "ingresa ese mismo día en UCI con herida abdominal abierta prolongada, en situación de shock séptico y fracaso multiorgánico".

Indican que "en fecha 3-10-13 se produce traslado a planta desde la UCI hasta el 16-11-13, fecha en que fallece por bacteriemia secundaria a peritonitis con varias fístulas que no se consiguen resolver con el tratamiento de vacío".

Subrayan que "durante el proceso asistencial descrito puede advertirse la ausencia de consentimientos informados, la firma de consentimientos informados por persona no habilitada (compañera sentimental), existiendo, inclusive, un consentimiento informado 'firmado' por el paciente posteriormente a su fallecimiento".

Afirman que "el objeto de la presente reclamación radica en la incorrecta actuación médica durante el proceso asistencial".

Por lo que se refiere a la evaluación económica de la reclamación, precisan que "la cuantía será fijada en el momento del trámite de audiencia".

Por medio de otrosí, designan como representante a la abogada que identifican y solicitan la incorporación al expediente de la historia clínica de su familiar fallecido.

Adjuntan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Documento nacional de identidad. b) Libro de familia. c) Informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital, emitido el 3 de octubre de 2013, relativo a un ingreso el día 9 de julio de 2013 por “posoperatorio de alto riesgo”. Como impresión diagnóstica consta “tumorectomía renal izquierda (...) con posoperatorio complicado./ Perforación colónica (...). Celulitis flanco” izquierdo. Síndromes de “hipertensión abdominal” y “febril persistente (...)”. Colocación del sistema VAC (...). Fístulas intestinales (...). ITU por *E. Coli.*/ Traqueobronquitis”. Se anota, asimismo, que “al alta el paciente presenta hemodinámica estable, función renal conservada, buen manejo de secreciones respiratorias sin precisar oxigenoterapia, permaneciendo afebril y con ausencia de signos de infección. Teniendo en cuenta su estabilidad clínica, y dado que no precisa en el momento actual cuidados ni vigilancia propios de UCI, se decide traslado a planta de Cirugía General para continuar cuidados y tratamiento”. d) Informe de exitus, emitido por el Servicio de Cirugía General y Digestivo del mismo hospital. Se hace constar en él el ingreso del paciente a cargo del Servicio de Urología para cirugía programada, “tumorectomía renal izquierda”, con los antecedentes expuestos en la reclamación. En el apartado relativo al ingreso actual figura que “finalmente, y tras más de un mes en planta (...), empieza con fiebre, detectándose un *Staphylococcus aureus* en sangre resistente a oxacilina, por lo que se instaura tratamiento antibiótico de amplio espectro, pero el paciente, ya muy deteriorado, no supera la infección y es exitus el 16-11-2013”.

2. Mediante escrito de 16 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la abogada de las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y

los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, la requiere para que acredite la representación con la que actúa.

3. El día 22 de julio de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VIII una copia de la historia clínica del paciente y un informe de los Servicios de Urología, de Cirugía General y de Medicina Intensiva. Interesa “especialmente (...) un pronunciamiento acerca de lo (...) referido a la ausencia de consentimientos informados, a la firma de los mismos por persona no autorizada y a la existencia de un documento de consentimiento presuntamente ‘firmado’ por el paciente con fecha posterior a su fallecimiento”.

Con fecha 8 de agosto de 2014, el Director Económico del Área Sanitaria VIII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica y el informe elaborado por los Servicios de Cirugía General y Digestivo, de Urología y de la Unidad de Cuidados Intensivos.

El Servicio de Cirugía General y Digestivo informa, con fecha 8 de agosto de 2014, que el paciente “presentó un proceso complejo y grave que precisó de múltiples reintervenciones, así como recambios de un sistema aspirativo abdominal”. Especifica que las veces en que el paciente precisó ser operado “fue intervenido de urgencia y fue informada la familia previamente a la intervención, así como (...) de los riesgos. En algunas ocasiones el paciente estaba bajo sedación e intubado, por lo que no pudo realizar la firma de consentimientos”, y aclara que “en las veces (en) que precisó recambios del sistema (aspirativo abdominal) este se realizó en quirófano bajo sedación o anestesia” para evitarle “molestias”. Concluye que “se realizó por nuestro Servicio una correcta actuación médica durante todo el proceso asistencial”, y adjunta el informe de exitus, que coincide con el aportado por las reclamantes.

En el informe del Servicio de Urología, suscrito por el Jefe del Servicio el 7 de agosto de 2014, se hace constar que “no se manifiestan signos de distensión abdominal y hemogramas y analíticas infecciosas hasta el 12-7-2013, en (...) que se interpreta como cuadro secundario a íleo paralítico y se le coloca

sonda nasogástrica, dejando al enfermo en dieta absoluta. Esa misma tarde se le realiza ecografía abdominal sin hallazgos y un hemograma con leucopenia y discreta desviación izquierda. Serie roja normal. El día 13-7-2013 es valorado de nuevo y ante los hallazgos analíticos de elevación de PCR ya se inicia tratamiento con Meronem de manera empírica y se dejan pedidos hemocultivos si fiebre, que no presenta el enfermo. Se realiza así mismo TAC abdominal con el hallazgo de aire para-renal izquierdo y neumoperitoneo que presumimos o suponemos por la cirugía abierta. Se comenta el caso con el Servicio de Cirugía General de nuestro hospital, que descarta un abdomen quirúrgico, no sospecha de peritonitis y sigue planteando el mantenimiento de sonda nasogástrica, dieta absoluta y la pauta antibiótica ya pautada con anterioridad. La evolución del enfermo es hacia ligera mejoría clínica y analítica hasta el día 16-07-2013 en que, ante el inicio de la inestabilidad hemodinámica, se solicita consulta a UCI y se le realiza un nuevo TAC abdominal con contraste, donde se objetiva una probable lesión del colon, decidiéndose la cirugía urgente con intervención conjunta con el Servicio de Cirugía General". Manifiesta que "el desgarro del bazo no es previo a la intervención, sino que se produce durante las maniobras de manipulación y de liberación en esta intervención. No había ninguna lesión de bazo previa a esta 2.ª intervención". Señala que "el mismo día de la intervención (16-7-2013) el enfermo ingresa en UCI, pero no con la herida abierta, hecho que ocurre tras una nueva intervención que tiene lugar el 24-7-2013 ante aumento de presión intraabdominal. Efectivamente, se produce un cuadro de sepsis y fracaso multiorgánico (...) en días posteriores" al 16 de julio de 2013. Por último, indica que, "efectivamente, no conseguimos encontrar en la historia clínica el consentimiento informado referente a la tumorectomía renal izquierda, pero sí que tenemos constancia en el formulario pre-intervención realizado por la enfermera del quirófano antes de la cirugía, en el que consta la existencia de los consentimientos informados". Considera que la actuación del Servicio de su responsabilidad, "a pesar del desencadenamiento posterior, fue correcta, realizándose el seguimiento del enfermo, todas las determinaciones analíticas y de imagen que necesitó y siendo intervenido en

todo momento, tiempo y hora cuando lo consideramos oportuno en razón de nuestro criterio médico”.

El día 6 de agosto de 2014, la Facultativa Especialista de Área de la Unidad de Cuidados Intensivos informa, en lo referente a los consentimientos informados, que “el único procedimiento realizado a cargo de la UCI que precisaba de dicho formulario fue la realización de una traqueostomía percutánea, que fue practicada el 07-08-2013. Este consentimiento se encuentra en la historia clínica del paciente debidamente cumplimentado”. Adjunta el informe “correspondiente a su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el periodo 16-07-13 - 03-10-2013”, que coincide con el que se adjunta a la reclamación.

En la historia clínica figuran, entre otros documentos, los siguientes: a) Hojas de verificación del bloque quirúrgico relativas a las intervenciones de tumorectomía renal izquierda, perforación colónica, laparotomía exploradora y dos cambios del sistema de aspiración abdominal. En todas consta confirmación con el paciente antes de la administración de la anestesia de, entre otros extremos, “el consentimiento (...) (A-C)”, refiriéndose A a las “funciones del equipo de Anestesia” y C a las “del equipo de Cirugía. b) Notas de progreso desde el día 4 de julio de 2013, fecha en la que ingresa el paciente. c) Informe de resumen de historia del Servicio de Cirugía General y Digestivo, de 27 de octubre de 2013. d) Informe de alta de UCI, de 7 de noviembre de 2013, en el que se reseña, en el apartado relativo a evolución y comentarios, que se informa “conjuntamente con Cirugía General a la familia (...). Es un paciente sin solución quirúrgica de su proceso abdominal y portador de tumor prostático en grado avanzado, por lo que, de acuerdo a su situación clínico-patológica, no creemos indicado mayor agresividad terapéutica ni instrumentalizar en caso de mala evolución”.

4. Con fecha 4 de agosto de 2014, la representante de las interesadas presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito al que acompaña un poder notarial, otorgado el 28 de julio de 2014, que la autoriza

para comparecer ante la Consejería de Sanidad con el fin de poder tramitar toda clase de documentación a nombre de aquellas y retirar la documentación relativa al expediente en que se materializa el presente procedimiento.

5. El día 3 de octubre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VIII "copias del documento de consentimiento informado firmado por el perjudicado para una prostatectomía radical y del modelo de consentimiento para nefrectomía/tumorectomía renal que maneja habitualmente el Servicio de Urología en este tipo de procedimientos".

Mediante oficio de 8 de octubre de 2014, el Gerente del Área Sanitaria VIII remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Centros Sanitarios el consentimiento informado para prostatectomía radical suscrito por el paciente el 28 de diciembre de 2012 y el documento de consentimiento informado para nefrectomía "que se sigue en este hospital". En este último se explica que "habitualmente la incisión es en la región lumbar (...). En caso de tratarse de la extirpación por tumor esta incisión es frecuentemente en la pared anterior del abdomen", y se consigna como uno de los riesgos típicos el de "lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado...) a veces de consecuencias imprevisibles". Constan como alternativas posibles las de "embolización" y "terapia médica".

Se adjunta, igualmente, el documento de consentimiento informado para nefrectomía parcial de la Asociación Española de Urología. Se indica en el mismo que "las incisiones más comunes son la abdominal o la lumbar". Entre los posibles efectos adversos se incluyen "complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen", como la "peritonitis o infección de la cavidad intestinal". En cuanto a las posibles alternativas, se deja constancia en él de que "el médico me ha explicado que no existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos. Algunas terapias focales (crioterapia, radiofrecuencia, ultrasonidos de alta frecuencia) son solo útiles en casos muy concretos no aplicables a mi situación personal".

6. Con fecha 15 de octubre de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Afirma que la asistencia dispensada al paciente por los facultativos del Hospital, "al utilizar los medios diagnósticos y terapéuticos que el estado clínico y las circunstancias del paciente demandaban en cada momento de su proceso asistencial, fue correcta y conforme con la *lex artis*. La evolución poco satisfactoria del proceso y su lamentable desenlace es producto de la grave pluripatología del paciente que, además de una neoplasia prostática de muy mal pronóstico, presentó como complicación de la cirugía un cuadro de sepsis y un shock séptico muy severo con fallo multiorgánico refractario a las múltiples y costosas actuaciones terapéuticas llevadas a cabo, que desgraciadamente no pudieron revertir la fatal evolución clínica experimentada por el perjudicado".

En cuanto a los reproches relativos a los consentimientos informados, señala que, "revisada la historia clínica del perjudicado se ha constatado la falta del documento de consentimiento informado para tumorectomía renal. Sin embargo, consta en el listado el chequeo quirúrgico de la intervención (folios 55 y 56) que el correspondiente ítem está contestado de forma afirmativa, lo que significa que en ese momento se verificó su existencia y cumplimentación".

Después de transcribir el artículo 9.3.a) 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, concluye que "el consentimiento otorgado por la compañera sentimental del perjudicado es perfectamente válido y tiene plenos efectos jurídicos".

Finalmente, niega la existencia de un consentimiento informado posterior al fallecimiento del paciente, que se produjo el 16 de noviembre de 2013, y expone los pormenores del fechado el día "27-X-2013".

7. Mediante oficio de 24 de octubre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del

informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito el 29 de noviembre de 2014 por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica. Tras señalar que se trata de un paciente “con antecedentes, entre otros, de intervención reciente de cáncer de próstata avanzado por el estadio posoperatorio (T3N+) e insuficiencia respiratoria importante (valores de espirometría) con ASA preoperatoria III/IV”, refiere que “se le interviene de riñón izquierdo por carcinoma de células renales de 2 cm de diámetro, con clasificación T1N0, por lo que se trata de un tumor localizado; se le realizó resección parcial de riñón, que incluía la tumoración con márgenes libres, la vía de acceso para la resección del tumor fue lumbotomía (...), se hizo una incisión en la zona lumbar para llegar retroperitonealmente al riñón directamente, es decir, no se entró en la cavidad abdominal, no hubo disección de otros órganos”. Considera que “el diagnóstico, la indicación quirúrgica y la intervención realizada fue correcta”.

Manifiesta que “a los dos días de la intervención comienza con dolor abdominal y distensión, no encontrando (...) justificación clínica que sugiera otro tipo de diagnóstico, ya que ese mismo día se le realiza una ecografía sin hallar colecciones; se diagnostica de íleo posoperatorio con actitud expectante, pautando sonda de aspiración nasogástrica y reposo intestinal. Aunque el íleo paralítico en una lumbotomía es menos frecuente, se puede dar hasta en el 1%”. Valora que “la actitud tomada, la exploración realizada y el tratamiento indicado ante la distensión abdominal es correcta”.

Añade que “el íleo paralítico no reviste gravedad en la mayoría de los casos y suele resolverse espontáneamente en pocos días, por ello al día siguiente, ante el empeoramiento de los patrones de infección, se le realiza un TAC buscando una complicación quirúrgica, la cual no se encuentra; solo se visualiza neumoperitoneo y aire prerrenal (...). Ante esto, y no teniendo

exploración clínica abdominal de peritonitis, ausencia de fiebre ni imágenes en el TAC sugerentes de complicación quirúrgica, se le pauta antibioterapia empírica y hemocultivos". Califica "la actitud" como "correcta (...), no habiendo indicación en este momento de reintervención".

Aclara que el paciente "mejora clínicamente hasta tres días después, (en) que presenta inestabilidad hemodinámica y, realizado nuevo TAC, se encuentran en esta ocasión imágenes de perforación de colon, por lo que es intervenido de urgencia. Se halla perforación de colon descendente con un colon necrótico e isquémico, realizan colostomía en colon derecho, resección del colon patológico izquierdo, así como lavado abundante y reparación de bazo que sangra durante la intervención". Entiende que "es correcta esta intervención, así como la técnica realizada, siendo la lesión del bazo una complicación frecuente en este tipo de reintervenciones, la cual se repara si problemas". Destaca que "ante estos hallazgos se interpreta que la perforación del colon no se hizo durante la intervención de la nefrectomía parcial, ya que en la lumbotomía no se disecciona colon para abordar el riñón, se llega directamente. Por la necrosis del colon, el diagnóstico en este enfermo es de colitis isquémica posoperatoria que cursó de forma gangrenosa, sin rectorragia, pero con dolor abdominal agudo, rápido deterioro del estado general, peritonitis, íleo, leucocitosis y acidosis metabólica. Este diagnóstico ha sido un hallazgo, siendo imprevisible y no siendo posible llegar a un diagnóstico previo teniendo en cuenta que la mayoría de las colitis isquémicas cursan con rectorragia y son leves, resolviéndose espontáneamente, incluso sin tratamiento. La perforación se produjo en la zona más vulnerable por la falta de flujo sanguíneo y aumento de la presión". Estima que "el seguimiento posoperatorio inmediato fue correcto, buscando las complicaciones más habituales".

Afirma que "la peritonitis posoperatoria tiene una alta mortalidad, entre el 35 y el 80%. La edad mayor de 50 años, como en este caso, tiene un alto porcentaje de reintervenciones, siendo la peritonitis la causa fundamental, lo que constituye un alto porcentaje de complicaciones intra y posoperatorias, responsable de la mortalidad, llegando hasta un 63% en este grupo de edad.

La mortalidad también aumenta con el número de reintervenciones, alcanzando al 70% cuando se realizan más de tres reintervenciones, como en el caso que nos ocupa”.

Pone de relieve que “en el seguimiento y en las sucesivas reintervenciones destaca la agresividad de la infección, así como la poca respuesta a este tipo de agresión del propio paciente y de las medidas de soporte antibiótico para establecer el estado de normalidad, como vemos en la celulitis agresiva y la infección del lecho quirúrgico, siendo los tratamientos indicados y correctos”. Precisa que “el paciente superó en dos ocasiones el shock séptico, que tiene una mortalidad entre el 25 y el 50%”.

Considera que el tratamiento del aumento de la presión intraabdominal y del abdomen catastrófico, “mediante la bolsa de Bogotá y el Sistema VAC, fue el correcto”. Consigna que “el paciente no superó la sepsis por *Staphylococcus aureus* pese al tratamiento correcto instaurado, falleciendo por fracaso multiorgánico no superado. Las complicaciones sépticas presentan en este paciente una alta mortalidad, siendo el grado ASA (III/IV) y el fallo multiorgánico factores que se asociaron significativamente con la mortalidad”.

Por último, subraya que “se trata (...) de un paciente que hace una complicación posoperatoria no relacionada con la intervención de nefrectomía parcial: colitis isquémica gangrenosa, no previsible e inesperada y como hallazgo intraoperatorio. Se pusieron los medios para diagnosticar la mala evolución posoperatoria y se intervino en el momento (en) que se diagnostica peritonitis, siendo correcta la actuación médica en este momento y en las sucesivas complicaciones”.

Sostiene que “el diagnóstico, la indicación quirúrgica y la técnica realizada por lumbotomía (incisión lumbar) fue correcta (...). La complicación posoperatoria no fue directamente originada por la técnica de nefrectomía parcial (...). El seguimiento posoperatorio inmediato se hizo correctamente (...). Se reintervino en el momento adecuado (...). Las complicaciones surgidas después de la primera intervención se trataron correctamente (...). Alta mortalidad en las complicaciones que tuvo”, por lo que, “a la vista de los

documentos contenidos en la historia clínica y en los informes aportados, no existen datos para concluir que se prestase una deficiente asistencia sanitaria ni que existiera negligencia ni mala praxis en el manejo del episodio asistencial del paciente, ajustándose a la *lex artis*'.

9. El día 1 de diciembre de 2014, emite informe un gabinete jurídico privado a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias. En él se recuerda, con base en lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que "la correcta cumplimentación de la (historia clínica) puede suplir la ausencia de documento de consentimiento informado", añadiendo que, "según una nutrida jurisprudencia, la información que debe darse al paciente para obtener válidamente su consentimiento (...) puede ser verbal, teniendo la constancia escrita mero valor *ad probationem*, resultando que la falta de forma escrita no determina por sí la invalidez del consentimiento de la información verbal siempre que quede la debida constancia en la historia clínica", y se citan varias sentencias del Tribunal Supremo al respecto.

Concluye que "no existe responsabilidad patrimonial del Servicio (...) de Salud del Principado de Asturias, al no haber actuación contraria a la *lex artis*" y que "no existe tampoco antijuridicidad".

10. Mediante oficio notificado a la representante de las interesadas el 27 de diciembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Asimismo, le indica que "deberá especificar la evaluación económica del daño o perjuicio causado", con advertencia de archivo del expediente en caso de no recibir contestación en el plazo señalado.

Con fecha 30 de diciembre de 2014, se persona en las dependencias administrativas la representante de las reclamantes y obtiene una copia de la documentación obrante en el expediente, según consta en la diligencia extendida al efecto.

El día 16 de enero de 2015, la representante de las perjudicadas presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se ratifica en el contenido de la reclamación inicial. Señala que “del análisis del expediente administrativo se desprenden (...) varias infracciones de la *lex artis ad hoc*”. Reseña, en primer lugar, “falta de consentimiento informado para la realización de tumorectomía renal”, pues el que “se haya contestado de forma afirmativa en el listado de chequeo quirúrgico sobre la presunta existencia de consentimiento informado no es suficiente para que se encuentre acreditado que el paciente prestó el indicado consentimiento con el conocimiento de sus riesgos y alternativas de tratamiento, máxime cuando en el citado listado de chequeo quirúrgico (...) pueden observarse errores manifiestos”, precisando uno de ellos. Aduce que “en el presente caso hay algo más que una mera transgresión formal de ese derecho de autodeterminación (...), no solo existían diferentes formas de abordaje quirúrgico para la resección del tumor, sino que también podía haber valorado la posibilidad de someterse a alguno de los tratamientos con intención paliativa existentes (aumento de las expectativas de supervivencia) en vez de uno con intención curativa más radical, dado que se trata de un tumor de progresión lenta en estadio I, con lo cual el paciente (...) tenía más posibilidades de fallecer por otras causas antes que por el cáncer de riñón estadio I; posibilidad que hubiera podido tener en cuenta, dado que el carcinoma de próstata previamente tratado no tenía curación, aunque tras los tratamientos a los que fue sometido también tenía altas posibilidades de remisión de la enfermedad durante muchos años (razón que le posibilitaba la opción quirúrgica del otro tumor)”, e insiste en que “con un tratamiento adecuado de carácter paliativo (...) podría haber fallecido con más probabilidad por otras causas que por sus procesos oncológicos”.

Considera que “está plenamente acreditado y admitido que el paciente falleció a consecuencia de una complicación posoperatoria (perforación de colon descendente por colon necrótico e isquémico) que evolucionó a proceso séptico permanente”, así como “la previsibilidad de dicha perforación”, y entiende que “debía haberse extremado la vigilancia con pruebas de imagen sensibles”, y que

“desde el día 13 de julio de 2013 hasta el 16 de julio de 2013 no se efectúa TAC, pese a la persistencia del abdomen distendido por gas”. Afirma que “la ausencia de práctica de pruebas de imagen sensibles desde el día 13 al día 16 de julio de 2013 privó al paciente, una vez materializado el daño de necrosis de colon inducido por hipertensión abdominal, de haberse beneficiado de un diagnóstico temprano para evitar que evolucionara a una perforación de colon (peritonitis), con lo que hubieran aumentado las posibilidades de supervivencia”.

Por último, señala que “las lesiones producidas se concretan en la pérdida de oportunidad terapéutica del padre de mis mandantes y los daños morales de las reclamantes, que se valoran en 30.000 euros para cada una de las hijas, en atención al caso concreto en el que surge la responsabilidad patrimonial”.

11. Con fecha 27 de enero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento. Sostiene que “la complicación posoperatoria -colitis isquémica gangrenosa- no guarda relación con la nefrectomía parcial, es imprevisible e inesperada como hallazgo intraoperatorio y fue tratada quirúrgicamente en el momento oportuno, cuando se demostró la existencia de una peritonitis, siendo la actuación médica correcta tanto en este momento como cuando aparecieron las sucesivas complicaciones”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de febrero de 2015, 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, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están las interesadas activamente legitimadas 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 10 de julio de 2014, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 16 de noviembre de 2013, 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 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. 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.

Las interesadas reclaman por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su padre tras una tumorectomía renal que se le practicó en el Hospital en julio de 2013, tras haber sido tratado de un carcinoma de próstata en abril del mismo año. El paciente falleció en noviembre de 2013 tras varias complicaciones y sin haber salido del hospital.

En su escrito inicial formulan varios reproches en relación con los consentimientos informados para las distintas actuaciones médicas realizadas entre julio y noviembre de 2013. El más importante se refiere a la ausencia del documento de consentimiento informado para la primera intervención, tumorectomía, en la cual se manifestaron diversas complicaciones. Esta ausencia del documento es admitida por el Servicio de Urología en el informe emitido durante la tramitación del procedimiento.

En el trámite de audiencia, las reclamantes consideran "que en el presente caso hay algo más que una mera transgresión formal de ese derecho de autodeterminación", pues "no solo existían diferentes formas de abordaje quirúrgico para la resección del tumor, sino que también podía haber valorado

la posibilidad de someterse a alguno de los tratamientos con intención paliativa existentes (aumento de las expectativas de supervivencia) en vez de uno con intención curativa más radical, dado que se trata de un tumor de progresión lenta en estadio I, con lo cual el paciente, de 62 años de edad, tenía más posibilidades de fallecer por otras causas antes que por el cáncer de riñón estadio I”.

Afirman que el paciente habría podido tener en cuenta esta posibilidad, “dado que el carcinoma de próstata previamente tratado no tenía curación”, si bien reconocen que “tras los tratamientos a los que fue sometido también tenía altas posibilidades de remisión de la enfermedad durante muchos años (razón que le posibilitaba la opción quirúrgica del otro tumor)”, por lo que vuelven “a insistir que con un tratamiento adecuado de carácter paliativo, dada la edad del paciente, este podría haber fallecido con más probabilidad por otras causas que por sus procesos oncológicos”.

De hecho, en el documento de consentimiento informado para nefrectomía que se sigue en el Hospital constan como posibles alternativas las de “embolización” y “terapia médica”.

Sin embargo, en el informe emitido por el Servicio de Urología del citado centro no se hace referencia alguna a la oportunidad o inoportunidad de, al menos, esos tratamientos del tumor que padecía el paciente, teniendo en cuenta sus antecedentes y estado en el momento en el que se realizó la nefrectomía. El artículo 10.1, *in fine*, del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial dispone que “En todo caso, se solicitará informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”. En el supuesto examinado, y a la vista de la repercusión que dichos extremos pudieran tener en la resolución de la reclamación formulada, este Consejo Consultivo estima que no puede prescindirse del referido trámite, ni siquiera en aplicación de los principios de eficacia y economía procesal.

Dadas las alegaciones de las interesadas, se estima necesaria la incorporación al expediente de la documentación clínica relativa a la asistencia dispensada desde el diagnóstico de la tumoración renal en noviembre de 2012.

Tal y como hemos señalado en anteriores dictámenes, la finalidad de la instrucción del procedimiento no es otra que la de proporcionar al órgano competente para resolver los elementos de juicio imprescindibles para dictar una resolución acertada. Por ello, al término de la instrucción deberán estar claros los hechos y las circunstancias en las que se produjo el daño que da lugar a la reclamación, con arreglo a los cuales habrá de pronunciarse la resolución. Así lo establece el artículo 7 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, que encomienda al instructor la práctica de los actos “necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución”. De acuerdo con el principio de oficialidad, la labor del instructor del procedimiento ha de ser la de traer al expediente toda la información que, en hipótesis, pudiera resultar necesaria para decidir el asunto, sin perjuicio de que, con posterioridad fundamente su propuesta en los hechos o razonamientos jurídicos que juzgue convenientes. Esta labor de indagación ha de ejercerse con la finalidad de garantizar el acierto de la resolución que finalmente recaiga, para lo cual resulta imprescindible conocer la realidad de las circunstancias, planteadas o no por los interesados, que pudieran tener trascendencia en la decisión final. En este sentido, no puede ignorarse que el artículo 89.1 de la LRJPAC, al que remite el artículo 13.2 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, obliga a la Administración a decidir, so pena de incongruencia, sobre “todas las cuestiones planteadas por los interesados y aquellas otras derivadas del mismo”.

En consecuencia, este Consejo Consultivo considera que en el estado actual de tramitación no resulta posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento a fin de incorporar al expediente la historia clínica del paciente desde el diagnóstico de la tumoración renal en noviembre de 2012, así como un informe del Servicio de Urología del Hospital sobre los tratamientos alternativos a la nefrectomía indicados para el paciente, teniendo en cuenta sus antecedentes y estado en el momento en que se le realizó dicha intervención, con explicación de los mismos; en especial, sobre la oportunidad de “embolización” y “terapia médica”

a que se refiere el modelo de consentimiento informado del propio hospital. Una vez evacuado el correspondiente trámite de audiencia y formulada otra propuesta de resolución, habrá de instarse nuevamente el dictamen de este órgano.”

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,