

Expediente Núm. 141/2015  
Dictamen Núm. 152/2015

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

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General Adjunto:  
*Mier González, Manuel Eduardo*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 3 de septiembre de 2015, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de agosto de 2015 -registrada de entrada el día 13 del mismo mes-, 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 como consecuencia de 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 reclamantes 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 “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”. Posteriormente, “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”.

Tras poner de relieve que “la evolución posterior es desastrosa, con la existencia de (un) proceso séptico casi permanente secundario a colecciones intraabdominales infectadas y celulitis severa de pared con datos de gas”, manifiestan 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 (...) 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 del fallecido.

Adjuntan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Documento nacional de identidad de las reclamantes. b) Libro de Familia. c) Informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital ....., de 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 reseña en él que el paciente ingresa 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 representante 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".

Mediante oficio de 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 del fallecido 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 necesitó 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 cuando "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, reconoce que es cierto que "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, "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, una 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 reclamantes 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 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 él 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 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. Expone el tratamiento de la tumoración renal localizada y señala que “el tratamiento inicial es quirúrgico, pues tiene la peculiaridad de ser resistente a la radioterapia y la quimioterapia”. Explica las vías de acceso para la nefrectomía y especifica que “para llegar al riñón por detrás o por lumbotomía se accede directamente a este órgano, no hay que entrar en el peritoneo, se llega retroperitonealmente”. Tras indicar 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%". Afirma 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 reclamantes 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 interesadas 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 (...) 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.** Mediante escrito de 19 de febrero de 2015, esa Presidencia solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

**13.** Este Consejo Consultivo, en sesión celebrada el 9 de abril de 2015, emite dictamen en el que, sin pronunciarse sobre el fondo de la cuestión planteada, estima procedente la retroacción del procedimiento a fin de que sea incorporada al mismo 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 varios extremos.

**14.** El día 7 de mayo de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante solicita a la Gerencia del Área Sanitaria VIII la documentación referida.

Con fecha 2 de junio de 2015, el Gerente del Área Sanitaria VIII remite la documentación solicitada. Figuran en la historia clínica las notas de progreso del Servicio de Urología en las que consta, entre otras anotaciones, que el 15 de noviembre de 2012, se “sospecha de tumor de próstata por PSA 29 y TR sospechoso. Además, en TC, se ven:/ Adenopatía captante de contraste de aspecto tumoral a nivel de cadena ilíaca primitiva izquierda./ Tumoración

nodular de dos centímetros captante de contraste parcialmente necrosada tercio medio riñón izquierdo a descartar como primera posibilidad hipernefroma./ En principio, le haremos biopsia de próstata para plantearle tratamiento y luego iremos a por el riñón./ Le incluyo en lista preferente./ Le explicaré". El 27 de agosto de 2013, tras intervención quirúrgica de recambio de VAC, el facultativo consigna "información familiar difícil, me impresiona subjetivamente de completa desconfianza asociada a impotencia y resignación. Se les plantea la situación (...) como problema abdominal grave de muy difícil solución en el contexto de un paciente por lo demás estable en el cual se puede plantear el objetivo a medio plazo de despertar, desconectar y dar alta a planta de hospitalización para estancia prolongada, previsiblemente de meses (...), si evolucionara favorablemente".

En el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Urología el día 1 de junio de 2015 se indica que "todas las alternativas que no sean quirúrgicas, como la propuesta al enfermo, son paliativas, y en esto nos referimos tanto a los tratamientos médicos (quimioterapia con antiangiogénicos), así como radioterapia que es inefectiva y las terapias focales (crioterapia, radiofrecuencia y ultrasonidos de alta frecuencia), que actualmente no son el tratamiento de elección para un carcinoma renal que se pretende, con la edad del paciente, que sea curativo". Añade que "la literatura está llena de artículos al respecto y es concluyente a la hora de ofertar a un enfermo la posibilidad de curarlo, no hacer tratamientos de momento experimentales y obviamente paliativos".

**15.** Mediante oficio notificado a la representante de las reclamantes el 17 de junio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura de un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le remite la documentación incorporada tras el anterior.

El día 3 de julio de 2015 la abogada presenta un escrito de alegaciones en el que se opone al informe emitido por el Servicio de Urología. Indica que "en efecto, con una intención curativa, el tratamiento de elección en un paciente con un tumor menor a 7 cm en estadio T1 es la nefrectomía parcial.

No obstante, esta afirmación genérica debe ser situada en el contexto que nos ocupa, y en el caso que nos ocupa, como ya tuvimos (...) ocasión de advertir en el anterior trámite de alegaciones, el paciente no tenía posibilidades de curación a raíz del otro proceso neoplásico (cáncer de próstata)". Añaden que "en el expediente administrativo se encuentra acreditado que el carcinoma de próstata del paciente no solo se encontraba en grado avanzado T3 N1 M0, sino que poseía un Gleason 9 (la puntuación de Gleason es la suma de los dos patrones más frecuentes de crecimiento tumoral observados y oscila entre 2 y 10 puntos, siendo 2 el menos agresivo y 10 el más agresivo). La tasa de supervivencia global en estos casos según diversos estudios recientes (Martínez I y Col. en 2004, Ward y Col. 2005, Hsu y Colaboradores 2007) oscila entre el 90-97% a los 5 años y entre el 77-94% a los 10 años, siempre y cuando se establezca precozmente tratamiento adyuvante con radioterapia u hormonoterapia. En el caso que nos ocupa se pauta hormonoterapia precoz, por tanto la supervivencia teórica era elevada a pesar del estado y puntuación de Gleason".

Aduce que "es desde este contexto y no desde un contexto de posibilidad de curación desde el que se deben analizar las posibilidades terapéuticas del paciente en lo que respecta al cáncer de riñón./ Dado que en el carcinoma de próstata la supervivencia en todas las etapas es muy alta, incluso a los 15 años, podría no estar contraindicada la cirugía o el tratamiento activo de un segundo tumor. No obstante (...), debemos indicar que el segundo tumor que padecía el paciente (cáncer renal) era un tumor en estado T1, por lo que, en este contexto podría haberse acudido a varias opciones terapéuticas", sosteniendo que "la opción más correcta hubiera sido mantener una actitud expectante (vigilancia) del tumor renal. No solo se sometió al paciente a una cirugía con los riesgos descritos en los modelos de los consentimientos informados incorporados al expediente sin efectuar una comprobación anatomopatológica sobre la malignidad del tumor con carácter previo a la cirugía, sino que aunque hubiéramos sabido con certeza en dicho momento su malignidad disponía de un amplio margen de tiempo para poder someterse a esa misma técnica quirúrgica (nefrectomía parcial), dado que dicha técnica quirúrgica con intención curativa se efectúa en el cáncer renal en estadio T1

(tumor menor o igual a 7 cm) y en estadio T2 (tumor mayor de 7 cm y menor de 10 cm limitado al riñón). En el presente caso el paciente presentaba una masa renal pequeña de 2 cm, acababa de sufrir una tuberculosis y una intervención quirúrgica radical a consecuencia de su proceso neoplásico en la próstata, todo ello con el evidente debilitamiento del sistema inmunológico". Añade que otra opción "hubiera sido acudir a un tratamiento de carácter paliativo de entre los existentes, a fin de retener el desarrollo tumoral y prolongar la supervivencia. Las ventajas de estas técnicas comprenden menos riesgos, una menor morbilidad y la capacidad de tratar a candidatos de alto riesgo quirúrgico".

Le "llama la atención que ni el Servicio de Urología, ni la Inspección ni el informe de la aseguradora hagan mención alguna a la oportunidad o inoportunidad terapéutica paliativa de este tipo de tumores ni ofrezca ninguna explicación plausible y lógica respecto de las razones o fundamentos por las que se acudió a un tratamiento radical quirúrgico con intención curativa con elevado riesgo de morbilidad, por qué no se acudió a una previa actitud expectante (al menos hasta recuperarse inmunológicamente) o por qué no se ofertó al paciente la posibilidad de someterlo a un tratamiento paliativo que hubiera prolongado la supervivencia durante años". A su juicio, resulta de aplicación el principio de la "facilidad de la prueba", en virtud del cual "se atribuye a la Administración, acreditado el daño por la reclamante, el deber de dar una explicación razonable de lo sucedido", y "tal explicación no existe en el expediente", por lo que "no cabe sino considerar que se ha producido una pérdida de oportunidad derivada de una atención deficiente de los facultativos del servicio público de salud".

Respecto a la ausencia de consentimiento informado para la práctica de nefrectomía, reitera que "tal ausencia documental invierte la carga probatoria, correspondiendo a la Administración acreditar que, a pesar de tal ausencia documental, el paciente fue debidamente informado de los riesgos inherentes al citado procedimiento invasivo; exigencia esta que no ha sido cumplida, por lo que ha de considerarse infringida, en tal aspecto, la *lex artis* y la causación consiguiente en un daño moral susceptible de indemnización autónoma".

**16.** Mediante oficio de 9 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada el escrito de alegaciones a la correduría de seguros del Principado de Asturias.

**17.** Con fecha 21 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio reproduciendo, en sustancia, su anterior propuesta.

**18.** Mediante escrito de 10 de agosto 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. 2014/82, 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 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.

**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 un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se solicita una indemnización por los daños dimanantes del fallecimiento de un paciente que las reclamantes atribuyen a la asistencia dispensada en un hospital público.

Consta en el expediente que el padre de las interesadas falleció en el Hospital ..... el día 16 de noviembre de 2013, por lo que debemos reconocer que esta pérdida ha originado en ellas un daño real y efectivo de naturaleza moral.

Ahora bien, como hemos manifestado en ocasiones anteriores, la mera constatación de un daño 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 el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como viene señalando 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico

reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

En el asunto examinado el paciente había sido tratado de tuberculosis en noviembre de 2012, y durante el ingreso hospitalario para dicho tratamiento se le aprecia cáncer de próstata avanzado y tumoración nodular de dos centímetros en el riñón izquierdo, incluyéndosele en lista preferente. Fue intervenido de cáncer de próstata en abril de 2013 y de tumorectomía renal en julio del mismo año. Presentaba insuficiencia respiratoria importante (valores de espirometría) con ASA preoperatoria III/IV y, realizada la intervención, surgen complicaciones abdominales que -en última instancia- se diagnostican como colitis isquémica gangrenosa.

En su escrito inicial las interesadas 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 intervención de tumorectomía, precisamente en la que se manifestaron las complicaciones abdominales.

En un primer momento se constata la ausencia del documento de consentimiento informado para la tumorectomía, si bien se matiza dicha

ausencia. Así, el Jefe del Servicio de Urología manifiesta 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”, incorporándose aquel al expediente. En el mismo sentido, el informe técnico de evaluación concluye que la existencia de este formulario “significa que en ese momento se verificó su existencia y cumplimentación”.

Además, se adjuntan al expediente el documento de consentimiento informado para nefrectomía que se emplea en el Hospital ..... en el que figuran, entre otros extremos, y como posibles alternativas a la intervención, las de “embolización” y “terapia médica”, y para nefrectomía parcial de la Asociación Española de Urología.

El especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica expone en su informe que para acceder al tumor se realizó una incisión en la zona lumbar, y precisa que “no se entró en la cavidad abdominal, no hubo disección de otros órganos”.

En el trámite de audiencia las reclamantes sostienen “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 (en) que con un tratamiento adecuado de carácter paliativo (...) podría haber fallecido con más probabilidad por otras causas que por sus procesos oncológicos”.

En el segundo trámite de audiencia exponen detalladamente que el enfermo “no tenía posibilidades de curación a raíz del otro proceso neoplásico (cáncer de próstata)”, y que “es desde este contexto y no desde un contexto de posibilidad de curación desde el que se deben analizar las posibilidades terapéuticas del paciente en lo que respecta al cáncer de riñón”.

Al respecto, el Jefe del Servicio de Urología informa que “todas las alternativas que no sean quirúrgicas, como la propuesta al enfermo, son paliativas, y en esto nos referimos tanto a los tratamientos médicos (quimioterapia con antiangiogénicos), así como radioterapia que es inefectiva y las terapias focales (crioterapia, radiofrecuencia y ultrasonidos de alta frecuencia), que actualmente no son el tratamiento de elección para un carcinoma renal que se pretende, con la edad del paciente, que sea curativo”. Añade que “la literatura está llena de artículos al respecto y es concluyente a la hora de ofertar a un enfermo la posibilidad de curarlo, no hacer tratamientos de momento experimentales y obviamente paliativos”.

Analizadas las alegaciones, consideramos que la apreciación de pérdida de oportunidad terapéutica no puede realizarse a la luz del nefasto desenlace de la intervención quirúrgica realizada en el presente caso, sino que han de valorarse los posibles tratamientos y la correcta o incorrecta indicación del aplicado.

En este sentido, la letrada de las interesadas reconoce en el segundo escrito de alegaciones que “en efecto, con una intención curativa, el tratamiento de elección en un paciente con un tumor menor a 7 cm en estadio T1 es la nefrectomía parcial”.

Si tenía otros procesos patológicos que podían desencadenar su fallecimiento resulta irrelevante a los efectos que pretenden las reclamantes. No puede dejar de tratarse -con ánimo de curar- a una persona por el hecho de que padezca otra grave enfermedad, pues ello nos llevaría a sumar padecimientos hasta hacerlos inabordables. Como reiteramos en nuestros

dictámenes, “el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente”, y podemos afirmar que en este caso dicho deber se ha cumplido. En conclusión, no cabe apreciar pérdida de oportunidad terapéutica en el asunto sometido a nuestra consideración, pues al enfermo se le aplicó el único tratamiento curativo que existe reconocido hasta este momento para el tumor de riñón que padecía, que es la nefrectomía, y dicha intervención estaba indicada. En efecto, tal y como señalan todos los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento, la pauta de nefrectomía fue correcta, lo que excluye la posibilidad de aplicación de tratamientos paliativos.

Si la intervención fue precipitada o no -teniendo en cuenta que tres meses antes el paciente se había sometido a otra operación de carcinoma de próstata- no lo sabemos, toda vez que las interesadas no han aportado prueba alguna al respecto. En cualquier caso, puesto que el padre de las perjudicadas acudió voluntariamente al hospital y se sometió a ella, debemos entender que se encontraba razonablemente repuesto de la anterior.

Por último, las reclamantes alegan un daño moral propio con base en la falta de consentimiento informado para la intervención realizada a su padre. Sin embargo, no cabe apreciar tal daño, pues el daño moral es personalísimo. Si lo hubiera, sería del padre, pues de las notas de progreso que obran en la historia clínica se deduce que el facultativo le explicó al paciente la situación y el plan de actuación cuando le incluyó en la lista preferente, ya que figura anotado el día 15 de noviembre de 2012 que, “en principio, le haremos biopsia de próstata para plantearle tratamiento y luego iremos a por el riñón./ Le incluyo en la lista preferente./ Le explicaré”.

De las notas de progreso se desprende, igualmente, que la familia fue informada durante el prolongado ingreso del paciente, aunque su reacción ante la información fuera reticente. En efecto, el 27 de agosto de 2013 el facultativo consigna “información familiar difícil, me impresiona subjetivamente de completa desconfianza asociada a impotencia y resignación. Se les plantea la situación del paciente como problema abdominal grave de muy difícil solución en el contexto de un paciente por lo demás estable en el cual se puede plantear el objetivo a medio plazo de despertar, desconectar y dar alta a planta de

hospitalización para estancia prolongada, previsiblemente meses (...), si evolucionara favorablemente". La negativa reacción de la familia es comprensible, al ser la situación complicada, pero no constituye fundamento alguno para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

El especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica 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 (el) que se diagnostica peritonitis, siendo correcta la actuación médica en este momento y en las sucesivas complicaciones", y consigna alta mortalidad en las que tuvo el paciente. Por su parte, el informe técnico de evaluación señala 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 (...) 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 llevadas a cabo, que desgraciadamente no pudieron revertir la fatal evolución clínica experimentada por el perjudicado". De hecho, en la reclamación no se plantean objeciones al tratamiento de las complicaciones.

En definitiva, no cabe apreciar relación de causalidad entre el daño alegado y la asistencia dispensada en el supuesto analizado, toda vez que le se procuró al paciente tratamiento quirúrgico con el propósito de curarle cumpliendo con el deber del servicio público.

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

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL ADJUNTO,

Fdo.: Manuel Eduardo Mier González

V.º B.º  
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.