

Expediente Núm. 153/2015
Dictamen Núm. 178/2015

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 16 de octubre 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 31 de agosto de 2015 -registrada de entrada el día 17 de septiembre de 2015-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de un paciente tras una intervención quirúrgica de esofagogastrectomía.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 20 de febrero de 2015, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por el fallecimiento de su pariente en el posoperatorio de una esofagogastrectomía

parcial y colecistectomía que atribuyen al hecho de que se le proporcionó determinada alimentación “cuando (...) estaba médicamente contraindicado”.

Exponen que “fue ingresado hospitalariamente para una neo de esófago en dos tiempos -abdominal y torácico-, con extirpación del segmento distal de esófago y proximal del estómago, realizándosele una anastomosis terno terminal; es decir, esófago y estómago”.

Manifiestan que “se deja un drenaje e ingresa en la UVI, siendo dado de alta con fecha 27-07-2013 para pasar a planta y comenzar con dolor costal e insuficiencia respiratoria, así como dolor abdominal difuso”. Indican que en un “esofagograma o estudio del esófago con contraste” se aprecia “una pequeña fuga en la parte derecha, motivo por el que es ingresado de nuevo en la UCI, siendo intervenido quirúrgicamente de urgencia, apreciándose una dehiscencia o continuidad de 2/3 de la anastomosis con sutura de la misma, colocación de sonda nasogástrica y un tubo de tórax hasta la anastomosis”.

Señalan que “con fecha 10 de agosto vuelve a aparecer una fuga a través de la yeyunostomía, colocándosele una endoprótesis por vía endoscópica, incrementándose el derrame pleural”, precisando que “a partir de aquí entra en un fracaso renal agudo, fracaso respiratorio, shock séptico, neumonía aspirativa, que lleva al desenlace fatal”.

Consideran que “la falta de diligencia” del Servicio de Salud del Principado de Asturias “fue palmaria, dado que al paciente” se le dio “de comer cuando ello estaba médicamente contraindicado a tenor de la operación quirúrgica realizada, provocando la fuga en (el) esófago a la que se ha hecho referencia en el relato del curso clínico”, lo que “derivó tanto en el fracaso médico de la intervención quirúrgica realizada, como en el empeoramiento de su proceso hasta desembocar en el fatal desenlace”. Afirman que los daños y perjuicios sufridos se producen “como consecuencia de la falta de atención y diligencia debida por los hechos descritos, sin adoptar las medidas de seguridad y con irregular actuación de sus servicios”.

Niegan que haya habido culpa de la víctima, pues “se trata de un paciente que se limita a acatar lo que su médico, en cuanto experto en la materia, le dice, diagnostica y decide”,

Valoran los daños sufridos en un total de doscientos diez mil ochocientos noventa y siete euros con ochenta y siete céntimos (210.897,87 €), de los cuales 115.035,21 € corresponderían al cónyuge y 47.931,33 € por “cada hijo menor de 25 años” (*sic*).

Adjuntan, entre otra, la siguiente documentación: a) Fotocopia del Libro de Familia, en el que constan los reclamantes como esposa e hijos del paciente por el que se reclama y se consigna el nacimiento de estos en 1984 y 1986. b) Informe de alta por exitus del Servicio de Cirugía General del Hospital, de 26 de febrero de 2014, tras un ingreso el día 22 de julio de 2013. c) Cuatro informes de la UVI correspondientes a ingresos entre el 22 y el 27 de julio de 2013 por “cirugía gastrointestinal, tumor”, y entre el 22 de julio y el 25 de septiembre de 2013, el 9 y el 25 de octubre de 2013, y el 27 y el 29 de enero de 2014 por “insuficiencia respiratoria aguda”.

2. Mediante escrito notificado a los reclamantes el 10 de marzo de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica 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 les requiere, “a la vista de la disparidad de fechas relativas al exitus que figuran en el informe de Cirugía General, así como la ausencia en su reclamación de la fecha del mismo (...), el certificado de defunción del perjudicado”.

El día 13 de marzo de 2015, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias el certificado de defunción requerido, consignándose en el mismo que el fallecimiento del paciente se produjo el 25 de febrero de 2014.

3. Con fecha 20 de marzo de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica, un "informe en (el) que se especifiquen con claridad las fechas de ingreso y alta en los servicios de Cirugía y UVI" y un "informe del Servicio de Cirugía sobre el concreto contenido de la reclamación presentada".

El día 14 de abril de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente y un informe de la Unidad de Cirugía Esofagogástrica y del Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de descripción de la intervención de 23 de julio de 2013, correspondiente a una esofagogastrectomía parcial + colecistectomía, de 1 de agosto de 2013, relativa a una reanastomosis y lavado empiema, de 10 de agosto de 2013, sobre un drenaje abscesos + lavado (...), peritonitis, y de 18 de noviembre de 2013, en relación a una "traqueostomía reglada". b) Hoja de anotaciones del Servicio de Medicina Intensiva en la que figura, el 26 de julio de 2013, "buena evolución clínica permitiendo (...) desinstrumentalización, aporte de dieta". c) Hojas de registro diario de cuidados dispensados sobre terapéutica, constantes, aporte y eliminación de líquidos. d) Hojas de observaciones, evolución y comentarios en las que se consigna, el 27 de julio de 2013, "pido esofagograma para hacer el martes"; el día 30 del mismo mes, "esofagograma: no fugas ni estenosis./ Iniciamos v. oral", y, el 1 de agosto, "TC: fuga masiva de contraste a nivel torácico. Se decide intervención quirúrgica urgente", que consta realizada el mismo día. e) Lista de problemas en la que se refleja, el 30 de julio de 2013, "esofagograma: pequeña fuga en margen dcho. de la anastomosis (informe verbal inicial sin fuga). Iniciada tolerancia oral". f) Informe de esofagograma para "descartar fístula anastomótica", de 30 de julio de 2013. En él se indica que se efectúa "el estudio mediante la ingesta de gastrografín, no

pudiendo realizar todas las proyecciones” porque el paciente “refiere molestias al movilizarlo (...). A nivel de la anastomosis esofagogástrica se identifica una imagen paraesofágica derecha que parece corresponder a una pequeña fuga localizada a nivel de la anastomosis”.

Con fecha 13 de abril de 2015, la Unidad de Cirugía Esofagogástrica informa que el paciente “ingresó el día 22 de julio de 2013 en el Servicio de Cirugía para operarse al día siguiente. Tras la intervención, el día 23 de julio (...), ingresó en UVI (...) hasta el día 27 de julio en el que fue alta a la Unidad de Hospitalización de Cirugía siguiendo la vía clínica sin complicaciones./ Desde el día 27 de julio hasta el 1 de agosto permanece en el Servicio de Cirugía, hasta producirse reingreso en UVI desde el día 1 de agosto por insuficiencia respiratoria hasta el día 25 de septiembre en que pasa de nuevo a la Unidad de Cirugía./ Reingreso en UVI entre el 28 de septiembre y el 4 de octubre por sobrecarga hídrica y EPOC agudizado, y entre el 9 y el 25 de octubre por insuficiencia respiratoria./ Desde el 25 de octubre hasta el 27 de enero permaneció en la planta de Cirugía, reingresó en UVI entre el 27 y el 29 de enero de 2014 por insuficiencia respiratoria. El 29 de enero volvió a la Unidad de Hospitalización de Cirugía hasta el día 25 de febrero de 2014, día en que falleció”.

Sobre el concreto contenido de la reclamación presentada, reseña que el paciente, con antecedentes de “obesidad grado III, DM2, HTA, DL, cardiopatía isquémica tipo angor, reflujo gastroesofágico, esteatohepatitis, EPOC y colecistitis litiásica, se diagnostica de adenocarcinoma de esófago distal estadio III. Evaluado por los Servicios de Cardiología y Neumología se detecta riesgo operatorio aumentado, pero sin contraindicación quirúrgica. Por ello se decide en sesión multidisciplinar la intervención quirúrgica que se realiza el día 23 de julio de 2013 mediante esofagogastrectomía parcial y colecistectomía, sin realizar quimioterapia preoperatoria por la cardiopatía”. Señala que “el posoperatorio precoz transcurre sin incidencias y, siguiendo el protocolo, se realiza un estudio gastroduodenal el día 30 de julio que muestra buen paso

anastomótico sin estenosis (...). Ante la excelente situación clínica del paciente (...) se decide iniciar la ingesta oral con yogures, como es costumbre. Al día siguiente se encuentra bien (...) y se progresa en la ingesta oral, pautando dieta líquida (...). Tras la ingesta de tres litros de líquidos comienza con dolor torácico y signos de insuficiencia respiratoria, por lo que se realizan radiografías, se conecta el tubo de tórax por el que comienza a salir contenido abundante en la madrugada del día 1 de agosto. Por la mañana se agrava la insuficiencia respiratoria, por lo que se traslada a UVI para soporte y se realiza TAC toracoabdominal, donde se detecta fístula anastomótica y hidroneumotórax, por lo que se reinterviene de urgencia, realizándose sutura de la dehiscencia anastomótica, lavados y colocación de drenajes el día 1-8-13. Preciso soporte hemodinámico, ventilación prolongada y hemofiltro". Añade que el paciente "debe ser intervenido de nuevo el 10-8-2013 por peritonitis secundaria a fuga alrededor del catéter de yeyunostomía de alimentación en el abdomen./ Sufrió una parada cardiorrespiratoria (...) con recuperación en un minuto./ El posoperatorio transcurre con fístula esofágica persistente, por lo que se colocó prótesis esofágica recubierta por vía endoscópica con control inicial de la fuga y sonda de nutrición enteral para alimentación. La prótesis fue recambiada en tres ocasiones. El proceso inflamatorio local motivó parálisis recurrencial bilateral, por lo que necesitó una traqueostomía. Posteriormente apareció una fístula esófago-traqueal que condicionó infecciones respiratorias de repetición que fueron deteriorándolo progresivamente hasta su fallecimiento".

Resume que "se trata de un paciente de alto riesgo intervenido de un adenocarcinoma de esófago T3N1M0 con evolución satisfactoria inicialmente y ninguna sospecha de complicación, en el que se inicia la alimentación de prueba tras la realización de un estudio con contraste de rutina en el que existían dudas sobre la existencia de una pequeña fístula anastomótica que más bien parecía corresponder con el extremo superior de la plastia gástrica y un enlentecimiento del vaciamiento gástrico, como se corresponde con esta

intervención habitualmente. No existía ningún signo clínico, ni analítico, de fuga y esas falsas imágenes de mínima fuga son frecuentes y no limitan el inicio de la dieta de prueba, como son dos yogures en todo el día. Tras la ingesta de esos yogures (el paciente) se encontraba perfectamente y no existía ningún signo de alarma, ni cambios en el drenaje, lo cual iba a favor de que no existía ninguna fuga, por lo que se progresó en la dieta iniciando líquidos claros. La ingesta (...) fue de tres litros de agua, infusiones y caldos, y fue después de ello cuando comenzó a encontrarse mal y se desencadenó el cuadro de insuficiencia respiratoria y sepsis producidas por la dehiscencia de sutura, que muy bien puede haber sido provocada por la gran cantidad de líquido ingerido en un estómago reducido y con tránsito lento, lo cual puede haber hecho romper la plastia por el punto más débil, que es la anastomosis./ La fuga de la yeyunostomía que motivó la segunda reintervención el día 10 de agosto de 2013 no tiene nada que ver con la fuga de la anastomosis esofagogástrica, ya que el catéter de yeyunostomía se deja colocado en el intestino delgado, en el abdomen, en la primera intervención. Es una práctica estándar en cirugía esofágica, pues permite nutrir precozmente al paciente y directamente al intestino, lo cual tiene más ventajas que la nutrición parenteral. La fuga de los catéteres de yeyunostomía es un hecho infrecuente, pero posible”.

Aclara que el paciente “sufrió complicaciones importantes, tanto infecciosas como respiratorias, con varios episodios de insuficiencia respiratoria que precisaron reingreso en la UVI a lo largo de su estancia posoperatoria, con deterioro progresivo./ La persistencia de la fístula esofágica y la instrumentación repetida de la zona (reintubaciones sucesivas, prótesis, traqueostomía) fueron provocando una inflamación cervical que causó la aparición de una fístula traqueoesofágica que se intentó tratar conservadoramente al no existir opciones de tratamiento quirúrgico, y que debido a las broncoaspiraciones repetidas que le provocaba terminó causando el fallecimiento” del paciente.

El día 6 de abril de 2015, el Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital informa que "el paciente ingresó en la UVI/Unidad de Cuidados Intermedios en cuatro ocasiones:/ La primera fue el 23-07-2013, en el posoperatorio inmediato de una neoplasia del tercio distal del esófago. La cirugía era programada, no urgente, y su ingreso en la Unidad forma parte del manejo habitual de este tipo de cirugía. Tras evolucionar favorablemente fue dado de alta a la planta de hospitalización del S.º de Cirugía General el día 27-07-2013./ La segunda fue el 01-08-2013, tras ser reintervenido, esta vez de urgencia, tras serle diagnosticado una dehiscencia de una de las suturas de la cirugía anterior y que le provoca un cuadro de shock séptico. Tras evolucionar nuevamente de forma favorable es alta a la planta de hospitalización el día 25-09-2013./ El tercer ingreso tuvo lugar en la madrugada del día 09-10-2013, como consecuencia de una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a atelectasia del lóbulo pulmonar inferior izquierdo y a sobrecarga hídrica. En esta ocasión la gravedad era menor y el ingreso tuvo lugar en la Unidad de Cuidados Intermedios, prolongándose hasta el día 24-10-2013/. El cuarto y último ingreso a cargo del S.º de Medicina Intensiva aconteció el 27-01-2014. Como en la ocasión anterior fue como consecuencia de una insuficiencia respiratoria aguda, aunque esta vez motivada por una neumonía aspirativa. Tras resolverse el problema pasa a planta de hospitalización dos días después, el 29-01-2014".

4. Con fecha 8 de mayo de 2015, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que la mortalidad posoperatoria en el adenocarcinoma de esófago está "entre el 5 y el 10%, presentándose complicaciones en más del 50% de los pacientes. La supervivencia a los 5 años es inferior al 10%". Especifica que "desde un primer momento el paciente presenta diversas complicaciones que requieren reintervenciones (por fístula anastomótica e hidroneumotórax, por peritonitis secundaria a fuga del catéter de yeyunostomía) y hasta 4 ingresos en la UVI -tras (intervención quirúrgica) de la neo esofágica, por shock séptico,

tras dehiscencia de suturas, por insuficiencia respiratoria secundaria a atelectasia en LII y por neumonía aspirativa-. También precisó colocación de prótesis esofágica (...), traqueostomía por parálisis del n. recurrente bilateral y aparición de una fístula esofagotraqueal que provocó repetidas infecciones respiratorias”.

Concluye que el paciente, ingresado en el Hospital durante siete meses hasta su fallecimiento, “recibió asistencia por parte de diversos Servicios (Cirugía, UVI, Neumología, Cardiología, Digestivo, Psiquiatría, ORL), abordando en cada momento las múltiples complicaciones que puntualmente iba presentando, lo que juntamente con las repetidas maniobras de instrumentalización a que fue sometido finalizaron con su fallecimiento, sin que pueda achacarse a una mala actuación médica concreta el desenlace fatal”.

5. Mediante oficio de 18 de mayo de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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.

6. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito el 10 de junio de 2015 por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica. Tras analizar la praxis médica del caso “considerando la práctica (...) habitual” según su “experiencia personal y la bibliografía contrastada”, concluye que “es correcto el tratamiento quirúrgico, las vías de abordaje y la reconstrucción digestiva”. Precisa que “por esofagograma se aprecia una pequeña fuga en la parte derecha de la anastomosis, por lo que (el paciente) es intervenido de urgencia, realizando reanastomosis, lavado, sonda nasogástrica y nuevo drenaje torácico./ El diagnóstico de la complicación se hace correctamente, así como el tratamiento de la misma”.

Afirma que "la complicación más temida de la cirugía del esófago torácico es la fuga anastomótica, siendo la tasa de mortalidad entre el 3,4 y el 17%, dependiendo de la etapa del cáncer y de las condiciones del paciente, estando en un 70% la morbilidad por todas las causas. Cuando la fuga es intratorácica, como sucedió en este paciente, es de suma gravedad desde el primer momento, produciéndose mediastinitis franca y absceso pleural; la reintervención menos traumática y la indicada es la que se efectuó: resutura y drenaje".

Manifiesta que en el asunto examinado "se pone de manifiesto (un) aumento de líquido libre intraabdominal por fuga del catéter de la yeyunostomía para alimentación, por lo que es reintervenido, haciendo lavados de la peritonitis y posteriormente se retira./ La fuga del catéter de yeyunostomía es una complicación descrita e imprevisible que se diagnostica y trata correctamente./ Cuando el catéter de yeyunostomía que se implanta en la intervención para alimentación (...) tiene problemas de fugas la sutura del mismo con lavado de la cavidad abdominal es el procedimiento correcto, y eventualmente la retirada del mismo si no evoluciona bien, como así ocurrió./ Se coloca una endoprótesis esofágica por endoscopia. Comprobando después que no hay fuga". Considera "correcta la colocación de endoprótesis en la zona de fuga anastomótica". Subraya que, aun "siendo un uso novedoso en las dehiscencias digestivas (...), los casos comunicados consiguen una curación del 100% o muy próxima a esta cifra, cerrando la fístula sin que se haya de suprimir el tránsito digestivo".

Indica que "el paciente durante los ingresos en UCI y en planta sufre complicaciones neumónicas, derrame pleural, parada cardíaca, fístula esófago-traqueal y movilización de la prótesis que obliga a retirada y colocación de otra nueva./ Las complicaciones pulmonares y de la prótesis se trataron correctamente y en el momento oportuno./ Las complicaciones pulmonares en la cirugía del esófago ocurren con mucha frecuencia, con mayor motivo, como en este caso, si existe dehiscencia de la sutura con derrame pleural y

mediastinitis. Una complicación concomitante muy grave es la fístula esófago-traqueal por contigüidad de la dehiscencia con la tráquea; el tratamiento es la endoprótesis, como así se hizo./ Sufre un nuevo episodio de neumonía aspirativa, se retira la segunda prótesis, se realiza traqueotomía y, persistiendo el mal estado general y la fístula esófago-traqueal, es sedado y fallece./ El abordaje multidisciplinar de todas las complicaciones fue correcto, no habiendo indicación por el estado del paciente (de) abordar las complicaciones de una manera más cruenta o con otras técnicas./ Es un enfermo de alto riesgo que padece una enfermedad cuyo tratamiento quirúrgico tiene alta morbimortalidad, que no supera las complicaciones y, pese al tratamiento de apoyo pautado, no supera el fallo multiorgánico después de una larga estancia./ Se trata, por tanto, de un paciente que es intervenido de cáncer de esófago sufriendo una complicación descrita, casual e impredecible que se aborda correctamente, como fue la reintervención y la posterior colocación de una endoprótesis, no teniendo ninguna relación la dehiscencia de sutura con el tránsito esofágico. Sufre complicaciones relacionadas con el catéter de alimentación, con la endoprótesis, así como complicación traqueal de vecindad e infecciones respiratorias; todas ellas fueron tratadas correctamente y, pese a las maniobras terapéuticas, el paciente no superó los sucesivos eventos”.

Concluye que “se trata correctamente el cáncer de esófago (...). La fuga de la sutura esófago-gástrica en tórax, complicación grave descrita e imprevisible, se trató correctamente, así como las derivadas de este tratamiento (...). La fuga del catéter de yeyunostomía tuvo una complicación descrita e imprevisible, tratando la peritonitis originada de manera correcta (...). Las infecciones respiratorias y mediastínicas son típicas de la cirugía del esófago y de las complicaciones que sufrió, habiéndose tratado correctamente (...). El origen de la dehiscencia de sutura y complicaciones locales del esófago no tiene que ver con la alimentación (...). Hasta el exitus se emplearon todos los medios diagnósticos y terapéuticos en el momento oportuno y de la forma correcta”.

Finalmente, sostiene 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*”.

7. El día 3 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

No consta en este que se hayan formulado alegaciones.

8. Con fecha 5 de agosto de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Reseña que “la tasa de supervivencia de este tipo de cáncer en el estadio en que fue abordado es escasa, situándose la mortalidad posoperatoria entre el 5 y el 10%, presentándose complicaciones en más del 50% de los pacientes. La supervivencia a los 5 años es inferior al 10%. Las complicaciones requirieron nuevas cirugías (...) y atenciones en UVI, pero, a pesar de ello, el cuadro desembocó en un deterioro progresivo del paciente y su fallecimiento. Tanto el abordaje de la patología de base como de las complicaciones se hizo adecuadamente dentro de los parámetros de la *lex artis*”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 31 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., 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 los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 20 de febrero de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae

origen -el fallecimiento del paciente- el día 25 de febrero de 2014, 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.

Ahora bien, de los antecedentes que obran en el expediente se desprende que el fallecido, con antecedentes de obesidad en grado III, hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus tipo II, cardiopatía isquémica, enfermedad coronaria de un vaso, colecistitis, disnea, hernia de hiato y esteatohepatitis alcohólica, ingresa en un hospital de la red pública el día 22 de julio de 2013 para ser sometido a una intervención quirúrgica programada de un adenocarcinoma de esófago en estadio III. Es operado al día siguiente y por diversas complicaciones permanece ingresado siete meses, concretamente hasta el día 25 de febrero de 2014, en que fallece; periodo durante el cual alternó sucesivas estancias entre la planta de cirugía y la UVI, permaneciendo en esta última en cuatro ocasiones: del 1 de agosto al 25 de septiembre, del 28

de septiembre al 4 de octubre y del 9 al 25 de octubre de 2013, y también del 27 al 29 de enero de 2014.

Como consecuencia de este largo proceso asistencial fue objeto de múltiples atenciones por parte de diversos servicios especializados, sin que dichas actuaciones -salvo una- hayan sido cuestionadas en modo alguno por los interesados, quienes dirigen su reproche únicamente al suministro de alimentación en el posoperatorio de la primera intervención quirúrgica, lo que habría ocasionado "la fuga en esófago" de la que derivó -según su relato- el "fracaso médico de la intervención quirúrgica" y, en definitiva, "el fatal desenlace".

Todos los informes incorporados al expediente -y hemos de poner de manifiesto que los interesados no aportan ninguna prueba, ni tan siquiera comparecen en el trámite de audiencia- resultan coincidentes al afirmar que el complejo proceso asistencial prestado al paciente resultó conforme a la *lex artis* médica. No obstante, el informe emitido por el propio Servicio al que se le atribuye la responsabilidad patrimonial -Unidad de Cirugía Esofagogástrica- señala al informar la reclamación que el inicio de la alimentación se realizó una vez efectuada la prueba pertinente, con una dieta consistente en "dos yogures en todo el día" que habrían sido bien tolerados, por lo que, ante la inexistencia de "signo de alarma (...), se progresó" en ella iniciando líquidos claros", y considera que la "insuficiencia respiratoria y sepsis producidas por la dehiscencia de sutura (...) bien pudo haber sido provocada por la gran cantidad de líquido ingerido en un estómago reducido y con tránsito lento, lo cual puede haber hecho romper la plastia por el punto más débil".

Este Consejo, con la finalidad de comprobar los datos de hecho que constan en los diferentes informes, ha intentado contrastar tales afirmaciones con la documentación obrante en la historia clínica; en concreto, con los documentos incorporados como folios 67 a 74 donde se recogen, entre otros, los aportes alimenticios proporcionados al paciente. Sin embargo, esta labor resultó infructuosa como consecuencia de las incongruencias que se aprecian

en ellos, observándose, además, que no se ordenan conforme a una secuencia temporal y que, en apariencia, están incompletos, pues hay discontinuidades en los datos que reflejan. Así, en el primero -folio 67- figuran registros correspondientes a los días 4 a 21 de un mes que resulta difícil de determinar, por la ilegibilidad de la inscripción; en cualquier caso, si el paciente ingresa el 22 de julio de 2013, parece que este no es el documento en el que se anotan los relativos al primer ingreso. Podría ser el que está foliado como documento 68, que comienza el 22 de julio y consigna una estancia a los pocos días en la "UVI", como nos consta que sucedió. No obstante, según este documento el 22 de julio se corresponde con el día "65" del "posoperatorio", y si observamos lo que se reseña en la fila de "aporte líquidos/vía oral" constatamos que en ninguno de esos días aparece reflejada la administración de los dos yogures a los que alude la Unidad de Cirugía Esofagogástrica; al contrario, a tenor de esta hoja -que conjeturamos se extiende a lo acontecido entre los días 22 de julio a 8 de agosto de 2013- el paciente habría estado sometido a "abs" (abstención) de alimentación por vía oral.

A la vista de tales contradicciones, este Consejo Consultivo carece de datos que le permitan analizar la única imputación causal que los interesados atribuyen al fallecimiento del paciente y que relacionan con el suministro de alimentación por vía oral en un momento en el que estaría contraindicada. Por tanto, consideramos que ha de retrotraerse el procedimiento a fin de que por la Unidad de Cirugía Esofagogástrica se detallen con precisión las fechas de los aportes alimenticios en relación con los datos recogidos en la historia clínica. Por otro lado, y dada su afirmación de que "el cuadro de insuficiencia respiratoria y sepsis producidas por la dehiscencia de sutura (...) muy bien puede haber sido provocado por la gran cantidad de líquido ingerido", deberá analizarse suficientemente la relación causal entre la alimentación pautaada, la dehiscencia de sutura de la primera intervención y las posteriores complicaciones que, siete meses después del ingreso hospitalario, ocasionaron el fallecimiento del paciente.

En consecuencia, no procede dictar en este momento una resolución que ponga fin al procedimiento, debiendo retrotraerse el mismo al objeto de incorporar un nuevo informe del Servicio responsable, y, tras la práctica de un nuevo trámite de audiencia y de la elaboración de una nueva propuesta de resolución, deberá recabarse de este Consejo el preceptivo dictamen.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no cabe en el estado actual de tramitación un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de practicar cuanto queda expuesto en el cuerpo del presente dictamen.”

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.