

Expediente Núm. 86/2016
Dictamen Núm. 130/2016

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 26 de mayo de 2016, 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 4 de marzo de 2016 -registrada de entrada el día 16 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por daños por el fallecimiento de un familiar 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 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".

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 el 10 de agosto "vuelve a aparecer una fuga a través de la yeyunostomía, colocándosele una endoprótesis por vía endoscópica, incrementándose el derrame pleural", y precisan que "a partir de aquí entra en un fracaso renal agudo, fracaso respiratorio, shock séptico (y) neumonía aspirativa que llevan 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 (...) estaba médicamente contraindicado a tenor de la operación quirúrgica realizada, provocando la fuga en (el) esófago a la que se ha hecho referencia", 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 importe 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 € a "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 como fecha de nacimiento de estos 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 interesados 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, "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", les requiere "el certificado de defunción del perjudicado".

El día 13 de marzo de 2015, los reclamantes presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito al que adjuntan el certificado de defunción de su familiar, consignándose en él que el fallecimiento 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 del perjudicado, 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 los informes elaborados por la Unidad de Cirugía Esofagogástrica y el Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de descripción de las intervenciones relativas a una esofagogastrectomía parcial + colecistectomía, el 23 de julio de 2013, a una reanastomosis y lavado empiema, el 1 de agosto de 2013, a un drenaje abscesos + lavado, el 10 de agosto de 2013 y a una “traqueostomía reglada, el 18 de noviembre de 2013. b) Hojas de anotaciones del Servicio de Medicina Intensiva, en las 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 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 ese 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, 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. Precisó 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 “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 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 diagnosticada 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”.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
<http://www.ccasturias.es>

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%”. Indica 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, Otorrinolaringología), “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 oficios 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 (...) haya que 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. En ella 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. Mediante oficio de 31 de agosto de 2015, esa Presidencia solicita a este Consejo que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

10. El Pleno del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 16 de octubre de 2015, emite dictamen en el que pone de manifiesto la necesidad de

retrotraer 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 pueden haber sido provocados por la gran cantidad de líquido ingerido”, deberá analizarse suficientemente la relación causal entre la alimentación pautada, la dehiscencia de sutura de la primera intervención y las posteriores complicaciones que, siete meses después del ingreso hospitalario, ocasionaron el fallecimiento del paciente”.

11. Mediante escrito de 6 de noviembre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe de la Unidad de Cirugía Esofagogástrica en el que se aclaren los extremos señalados por este Consejo.

12. Con fecha 2 de diciembre 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 el informe elaborado por una facultativa de la Unidad de Cirugía Esofagogástrica. En él señala que se ha “revisado la historia clínica para buscar hojas importantes en las que se explica la secuencia temporal en el inicio de la dieta” del familiar de los reclamantes y que, “además de identificar la gráfica correspondiente a finales de julio de 2013, se localizaron en la historia clínica otros documentos (curso clínico, observaciones de enfermería y hoja de órdenes médicas) que se adjuntan a este informe y clarifican lo sucedido en aquellos días”.

Precisa que “las gráficas de la historia clínica numeradas como 67 a 74 no están ordenadas correctamente, y es la hoja 74 la que se corresponde con finales de julio de 2013, cuando (el paciente) tras bajar de la UVI estaba en la unidad de hospitalización y se inició la dieta oral”.

Indica que “el día 30 de julio, correspondiente con el 7 día posoperatorio, viene reflejado en la hoja `observaciones, evolución y comentarios´, es decir, la hoja de curso clínico médico (...), `esofagograma: no fugas ni estenosis. Iniciamos vía oral´. En la hoja de `medicación, dieta y otras modificaciones´, hoja de órdenes médicas, se consigna ese día 30 de julio `tolerancia con yogures, 3 hoy´. Y en la hoja de `observaciones de enfermería´ se consigna a las 13 y las 21:30 horas que ha tomado los yogures con buena tolerancia. Ese día la gráfica numerada como hoja 74 pone ABTA, pues ese dato se cubre a primera hora de la mañana en los pacientes a dieta absoluta, y vemos por las anotaciones del curso clínico, las órdenes médicas y las observaciones de enfermería que la dieta oral se inició a las 13 horas, después de que el paciente hubiera realizado el esofagograma y fuera evaluado por los cirujanos. Por tanto, se constata que el inicio de la dieta oral se realizó el día 30 de julio con dos yogures, como se había expresado en el informe anterior”. Añade que, “en la hoja 74, el día 31 de julio se consigna una ingesta oral de 1.500 cc que se apunta a las 12 de la noche. En ese día 31 y hasta el ingreso en UVI el día 1 de agosto está reflejado en las notas de ingreso en UVI la ingesta de `unos 3 l de agua´”.

Especifica que “la dehiscencia de la anastomosis en la cirugía esofágica es una complicación muy grave, con una incidencia entre el 0 y el 50% de los casos. La detección de la dehiscencia se realiza por criterios clínicos-hemodinámica, fiebre, taquipnea, aspecto del drenaje del tubo torácico- y radiológicos (esofagograma). Si todos los datos indican que la anastomosis está íntegra, como era el caso (del paciente), se inicia la dieta oral progresiva, que según nuestro protocolo es con yogures el primer día y con líquidos claros a las 24 horas si no existen signos de alarma. El fallo anastomótico puede desarrollarse posteriormente, como se produjo en este caso, y uno de los factores predisponentes puede ser el aumento de presión en la plastia gástrica producido por la ingesta oral, que nunca se limita en volumen (sí en el tipo de sustancias, que son líquidos), sino que se deja libre según la tolerancia del

paciente. En este caso la ingesta fue abundante, lo que puede haber contribuido a la dehiscencia, como se ha reflejado antes, pero no porque se haya dado en un momento inadecuado en que estuviera contraindicada, sino porque la dehiscencia anastomótica esofagogástrica es un proceso multifactorial en el que la suma de datos intrínsecos a la anastomosis (vascularización, tensión) debidos al paciente (diabetes tipo II, cardiopatía isquémica, patología tumoral) y extrínsecos (alimentación oral, drenajes) provocan una disrupción de la línea de sutura en la que el peso de los distintos factores no puede ser determinado./ Una vez desarrollado el cuadro de dehiscencia anastomótica, a pesar de los múltiples tratamientos aplicados, la evolución fue desfavorable desarrollando múltiples complicaciones, tanto locales (fístula anastomótica persistente, parálisis recurrencial bilateral, fístula traqueoesofágica) como sistémicas (insuficiencia respiratoria, broncoaspiración e infecciones respiratorias de repetición) que provocaron el fallecimiento (del paciente) después de un prolongado ingreso./ Es claro que fue la dehiscencia anastomótica la que provocó finalmente el fallecimiento (...), pero también lo es que esa es la complicación más temida y la segunda en frecuencia tras cirugía de resección esofágica. Su desarrollo no se debe a una sola causa, y desde luego no es en este caso el inicio de la alimentación, según la pauta habitual en este tipo de cirugía, el factor iniciador de la complicación”.

Adjunta los siguientes documentos: a) Gráficas de la historia clínica a las que alude en el informe, ya obrantes en el expediente. b) Hoja de observaciones, evolución y comentarios de los días 30 y 31 de julio de 2013. El día 30 de julio de 2013 consta “esofagograma: no fugas ni estenosis./ Iniciamos V. oral.” c) Hoja de medicación, dieta y otras modificaciones, en la que figura, el 30 de julio, “tolerancia con yogures, 3 hoy”. d) Hoja de observaciones de enfermería en la que se anota, el 30 de julio de 201 a las 13:00 horas, “toma un yogur que tolera de momento”, y a las 21:30 horas, “resto de la tarde estable, tolera bien el yogur./ Levantado con tolerancia de 2 horas”.

13. El día 5 de enero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a los reclamantes la nueva documentación incorporada al expediente y les concede un plazo de quince días para formular alegaciones.

No consta en el expediente que se hayan presentado.

14. Con fecha 22 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Razona que “es claro que fue la dehiscencia anastomótica la que provocó finalmente el fallecimiento (del paciente), pero también lo es que esa es la complicación más temida y la segunda en frecuencia tras cirugía de resección esofágica. Su desarrollo no se debe a una sola causa, y desde luego no es en este caso el inicio de la alimentación, según la pauta habitual en este tipo de cirugía, el factor iniciador de la complicación”.

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de marzo de 2016, 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.

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.

SIXTA.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de los daños dimanantes del fallecimiento de un familiar de los interesados en el posoperatorio de una intervención de esofagogastrectomía y colecistectomía. Consideran que se debió a la administración de alimentación, lo que estaba contraindicado.

Consta en el expediente que el esposo y padre de los perjudicados falleció en el Hospital el día 25 de febrero de 2014, por lo que debemos

reconocer que esta pérdida ha originado en ellos un daño real y efectivo de naturaleza moral.

Ahora bien, 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 ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 los 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.

De los antecedentes que obran en el expediente se desprende que el pariente de los interesados tenía 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.

En cuanto a los hechos, consta que el día 23 de julio de 2013 se le realizó una esofagogastrectomía parcial y colecistectomía por adenocarcinoma de esófago T3N1M0. Por diversas complicaciones permanece ingresado siete meses, concretamente hasta el día 25 de febrero de 2014, en que fallece. Durante dicho periodo 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.

Tras describir la intervención practicada, los reclamantes reseñan 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”; que se le realiza un “esofagograma o estudio del esófago con contraste que señala una pequeña fuga en la parte derecha, motivo por el que es ingresado de nuevo en la UCI, siendo intervenido quirúrgicamente de urgencias, apreciándose una dehiscencia o continuidad de 2/3 de la anastomosis con sutura de la misma”, y que “con fecha 10-08 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 (y) neumonía aspirativa que llevan 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 (...) estaba medicamente contraindicado a tenor de la operación quirúrgica realizada, provocando la fuga en (el) esófago”, y que ello derivó

tanto “en el fracaso médico de la intervención quirúrgica realizada como en el empeoramiento de su proceso hasta desembocar en el fatal desenlace”.

Los reclamantes no aportan prueba alguna de sus reproches, y sus manifestaciones no son suficientes para acreditar la falta de diligencia, pues la apreciación de esta exige una valoración técnica.

En este punto debemos reiterar que la aparición de complicaciones -una fuga en el esófago- después de una intervención quirúrgica -esofagogastrectomía parcial y colecistectomía por adenocarcinoma- no supone necesariamente una negligencia en la realización de esta.

Sobre la posible relación fáctica entre la administración de alimentación y la dehiscencia de la sutura, a la que aluden los perjudicados, encontramos pronunciamientos en dos de los informes incorporados al expediente, si bien contradictorios, al menos en apariencia.

Así, el informe emitido por el especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica señala que “el origen de la dehiscencia de sutura y complicaciones locales del esófago no tiene que ver con la alimentación”. Sin embargo, el informe elaborado por la Unidad de Cirugía Esofagogástrica reconoce que la dehiscencia de sutura “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”.

Este reconocimiento por parte del Servicio actuante de una posible relación causal entre la alimentación -ingestión de líquidos- y la fuga del esófago obliga a analizar aquella para verificar si, como sostienen los reclamantes, estaba “médicamente contraindicada”.

Al respecto, la Unidad de Cirugía Esofágica señala que la alimentación de prueba se inició “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”. Consta el informe de este estudio, realizado el día 30 de julio de 2013, siete días después de la intervención. Añade que “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”, y que se “progresó en la dieta iniciando líquidos claros”.

Al intentar contrastar estas afirmaciones con la documentación obrante en la historia clínica (folios 67 a 74) se apreciaron incongruencias, por lo que se ordenó la retroacción del procedimiento. Tras esta, una facultativa de la Unidad de Cirugía Esofagogástrica informa que “el día 30 de julio, correspondiente con el 7 día posoperatorio, viene reflejado en la hoja `observaciones, evolución y comentarios´, es decir, la hoja de curso clínico médico (...), `esofagograma: no fugas ni estenosis. Iniciamos vía oral´. En la hoja de `medicación, dieta y otras modificaciones´, hoja de órdenes médicas, se consigna ese día 30 de julio `tolerancia con yogures, 3 hoy´. Y en la hoja de `observaciones de enfermería´ se consigna, a las 13 y las 21:30 horas, que ha tomado los yogures con buena tolerancia. Ese día la gráfica numerada como hoja 74 pone ABTA, pues ese dato se cubre a primera hora de la mañana en los pacientes a dieta absoluta, y vemos por las anotaciones del curso clínico, las órdenes médicas y las observaciones de enfermería que la dieta oral se inició a las 13 horas, después de que el paciente hubiera realizado el esofagograma y fuera evaluado por los cirujanos. Por tanto, se constata que el inicio de la dieta oral se realizó el día 30 de julio con dos yogures, como se había expresado en el informe anterior”.

Añade la misma facultativa que, “en la hoja 74, el día 31 de julio se consigna una ingesta oral de 1.500 cc, que se apunta a las 12 de la noche. En ese día 31 y hasta el ingreso en UVI el día 1 de agosto está reflejado en las notas de ingreso en UVI la ingesta de `unos 3 l de agua´”.

También especifica que “la dehiscencia de la anastomosis en la cirugía esofágica es una complicación muy grave, con una incidencia entre el 0 y el

50% de los casos. La detección de la dehiscencia se realiza por criterios clínicos -hemodinámica, fiebre, taquipnea, aspecto del drenaje del tubo torácico- y radiológicos (esofagograma). Si todos los datos indican que la anastomosis está íntegra, como era el caso (del paciente), se inicia la dieta oral progresiva, que según nuestro protocolo es con yogures el primer día y con líquidos claros a las 24 horas si no existen signos de alarma. El fallo anastomótico puede desarrollarse posteriormente, como se produjo en este caso, y uno de los factores predisponentes puede ser el aumento de presión en la plastia gástrica producido por la ingesta oral, que nunca se limita en volumen (sí en el tipo de sustancias, que son líquidos), sino que se deja libre según la tolerancia del paciente. En este caso la ingesta fue abundante, lo que puede haber contribuido a la dehiscencia, como se ha reflejado antes, pero no porque se haya dado en un momento inadecuado en que estuviera contraindicada, sino porque la dehiscencia anastomótica esofagogástrica es un proceso multifactorial en el que la suma de datos intrínsecos a la anastomosis (vascularización, tensión) debidos al paciente (diabetes tipo II, cardiopatía isquémica, patología tumoral) y extrínsecos (alimentación oral, drenajes) provocan una disrupción de la línea de sutura en la que el peso de los distintos factores no puede ser determinado”.

Explica que “una vez desarrollado el cuadro de dehiscencia anastomótica, a pesar de los múltiples tratamientos aplicados, la evolución fue desfavorable, desarrollando múltiples complicaciones, tanto locales (fístula anastomótica persistente, parálisis recurrencial bilateral, fístula traqueoesofágica) como sistémicas (insuficiencia respiratoria, broncoaspiración e infecciones respiratorias de repetición) que provocaron el fallecimiento (del paciente) después de un prolongado ingreso”.

A su juicio, “es claro que fue la dehiscencia anastomótica la que provocó finalmente el fallecimiento (del paciente), pero también lo es que esa es la complicación más temida y la segunda en frecuencia tras cirugía de resección esofágica. Su desarrollo no se debe a una sola causa, y desde luego no es en

este caso el inicio de la alimentación, según la pauta habitual en este tipo de cirugía, el factor iniciador de la complicación”.

A la vista de este informe consideramos aclaradas las incongruencias existentes en la documentación clínica, lo que excluye la existencia de infracción de la *lex artis* en la pauta alimenticia del paciente tras la intervención.

Por lo que se refiere a las complicaciones posteriores, en el informe de la Unidad de Cirugía Esofagogástrica de 13 de abril de 2015 se indica que “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”.

Añade 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”, y que “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 especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica que informa a petición de la compañía aseguradora del Principado señala también 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”. Aclara que “la reintervención menos traumática y la indicada es la que se efectuó: resutura y drenaje”.

Además, este especialista afirma 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 tienen 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”.

Por último, considera 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*”.

Por su parte, el informe técnico de evaluación consigna 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%”. Afirma que el paciente recibió asistencia por parte de diversos Servicios (Cirugía, UVI, Neumología, Cardiología, Digestivo, Psiquiatría, Otorrinolaringología) “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”. Considera que el desenlace fatal no puede “achacarse a una mala actuación médica concreta”.

Los interesados han tenido ocasión de conocer estos informes en los trámites de audiencia que se han arbitrado sin que hayan formulado alegación alguna al respecto, y tampoco han aportado prueba de que estuviera contraindicada la alimentación en los términos en que fue administrada.

En definitiva, no ha quedado acreditada la falta de diligencia que reprochan los reclamantes en el tratamiento de su familiar. El fallecimiento del mismo se debió a complicaciones de la intervención que se le practicó por el carcinoma de esófago que sufría.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.