



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 6 3 / 2 0 0 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 17 de julio de 2009.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.S.B., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario. Mala praxis: perforación rectal tras intervención quirúrgica (EXP. 345/2009 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 3 de junio de 2009, y entrada en este Consejo Consultivo el 17 del mismo mes, la Consejera de Sanidad y Consumo interesa preceptivo Dictamen por el procedimiento ordinario [al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP)], respecto de la Propuesta de Resolución formulada en el procedimiento de reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial incoado por daños producidos con ocasión de la asistencia sanitaria prestada en su día a la reclamante por parte del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma, como consecuencia de la práctica de una laparotomía, que ocasionó una perforación rectal y las consecuencias y secuelas por las que se reclama.

Los daños causados no fueron evaluados por la reclamante en su escrito inicial, ni tampoco cuando se le pidió valoración. Ha de señalarse, no obstante, que la

* PONENTE: Sr. Suay Rincón.

reclamante ha aceptado la terminación convencional del procedimiento; y, con la misma, la indemnización convenida de 23.072,91 €.

2. La mencionada Propuesta culmina un procedimiento administrativo en el que, con carácter general, se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria que ordenan y regulan tales procedimientos, sin perjuicio de que más adelante se efectúen algunas consideraciones en relación con alguno de los extremos del procedimiento, con posible efecto en la debida cuantificación de la indemnización.

La reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada para ello, al ser la que sufrió el daño por el que se reclama [art. 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC)].

La presentación de la reclamación ha sido efectuada dentro del preceptivo plazo de un año que dispone el art. 4.2 RPAPRP 2º párrafo, pues cuando de daños físicos y síquicos se trata, como es el caso, el inicio del cómputo coincide con el momento de la curación o la determinación del alcance de las secuelas. Como el alta definitiva tuvo lugar el 21 de julio de 2005 y la reclamación tuviera entrada en el Registro del Servicio Canario de la Salud el 28 de noviembre de 2005, la reclamación fue interpuesta en plazo.

La reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPAPRP. En las actuaciones consta la realización de los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), con algunos matices, que después se dirán.

Obran en las actuaciones los en este caso preceptivos informes de los Servicios involucrados de una u otra forma en la secuencia de hechos, que son los de Cirugía General y Ginecología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (art. 10.1 RPAPRP).

También consta la verificación de los trámites probatorio, básicamente documental (art. 9 RPAPRP); de audiencia de la parte (art. 11 RPAPRP); y de informe del Servicio Jurídico del Gobierno, de conformidad con la Propuesta formulada [art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero].

Cierra el procedimiento la preceptiva Propuesta de Resolución que formaliza el acuerdo indemnizatorio al que las partes han llegado.

II

El análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución al Ordenamiento jurídico exige, siquiera someramente, efectuar un relato de los hechos, tomándose como fuente el escrito de reclamación inicial.

Con diagnóstico clínico privado de "quiste simple de ovario izquierdo de 70 mm", la reclamante acude al Hospital el 1 de julio de 2003 donde el Dr. M.R. le manifiesta que "prefiere hacer laparotomía y ver lo que encuentra". El 25 de marzo de 2004 ingresó en el Servicio de Ginecología "con el diagnóstico de tumoración anexial para laparotomía", siendo intervenida el 26 de marzo de 2004, siéndole *extirpado* "pseudoquiste pélvico peritoneal" y dada de alta el 2 de abril con indicación de recoger el informe de anatomía patológica en un mes y medio, informe que "nunca entregan".

El 7 de abril de 2004, sufre "dolores terribles en la zona del estómago y bajo vientre", por lo que acude al Servicio de Urgencias de Ginecología el 8 de abril, dándose aviso a Cirugía, porque la reclamante "presenta rectorragia", evidenciando "el estudio ecográfico (...) tumoración sólido-quística de 8 cm. en pelvis", siendo diagnosticada de "absceso pélvico, perforación rectal", siendo intervenida con la técnica HARTMANN para el desfuncionamiento del recto (colostomía), recibiendo el alta el 20 de abril de 2004.

El 24 de abril de 2004, vuelve a Urgencias porque la herida le supura, siendo nuevamente intervenida tras lo que siguen varios meses de curas dolorosas.

El 20 de diciembre de 2004, reclama la entrega efectiva del informe que no se había entregado de anatomía patológica, manifestándosele el 23 de junio de 2005 que "según consta en la descripción de la intervención quirúrgica no se remitió material de AP ya que lo que se realizó fue simplemente la extirpación del tejido normal que envolvía el líquido correspondiente, también normal que era lo que configuraba el falso quiste".

El 25 de enero de 2005, a la reclamante se le concede "la prestación por incapacidad permanente en grado de ABSOLUTA".

El 21 de junio de 2005, vuelve a ingresar de Urgencias por "dolor abdominal generalizado", siendo diagnosticada de "suboclusión intestinal" e intervenida el 5 de julio de 2004 mediante "laparotomía media infraumbilical", encontrándose "múltiples adherencias" cuya liberación resulta dificultosa "por la presencia de

adherencias previas y de quiste de ovario izquierdo (¿?), que se vacía”, sufriendo “perforación de vejiga”, que se repara. Se le reconstruye el tránsito intestinal permaneciendo ingresada hasta el 14 de julio, en que es dada de alta con sonda vesical hasta el 21 de julio de 2005.

III

1. Consecuente con lo expresado, la reclamante formula reclamación de indemnización por daños que en el escrito inicial concreta en el penoso y largo proceso seguido a resultas de la perforación rectal; “cuadro depresivo” subsiguiente; las “limitaciones” que ha sufrido en su vida ordinaria; y al dolor abdominal remanente. En 20 de junio de 2008, se informa que la paciente posee “dolor a nivel de cicatriz de colostomía” y “pequeña recidiva herniaria”, estando en lista de espera para ser nuevamente explorada quirúrgicamente.

La Propuesta de Resolución procede a reconocer parcialmente la responsabilidad sanitaria del Servicio Canario de la Salud, que, sin embargo limita a la estancia hospitalaria y a la baja no hospitalaria, sin hacer referencia a otros conceptos, lo que no es coherente con la asunción de la responsabilidad que se hace derivar de la perforación rectal -que se asume como inicio de la secuencia causal del daño- ni con la lógica de la secuencia de hechos.

2. En efecto, del informe del Servicio de Inspección, de 19 de junio de 2006, resulta que las adherencias que causaron la “suboclusión intestinal” son “consecuencia intrínseca a la intervención en el interior de la cavidad abdominal”, pues la operación “produce *diversas lesiones* en el interior de la cavidad abdominal” lo que genera la producción de fibrina causante de las adherencias. Asumamos que se trata, como se dice, de algo “irreversible” por ser intrínseco a la intervención de la cavidad abdominal. Y así podría aceptarse, desde el momento en que una de las posibles secuelas a la intervención abdominal, según resulta del consentimiento informado que obra en las actuaciones, es la producción de “lesiones intestinales”. Pero no las perforaciones rectales.

Al respecto, el Jefe del Servicio de Toco-Ginecología del Hospital informa que “en la descripción de la intervención *no se observa ninguna extirpación que precisara instrumentación quirúrgica* sino sólo una formación membranosa que es la que formaba la pared del pseudoquiste”; que se extirpó -ése era el objeto de la primera intervención- lo que plantea la cuestión de si se extirpó o no, y si así fuera -que lo fue-, con qué material quirúrgico se realizó la intervención. Lo que sí se dice es que

existe *“una relación temporal entre la laparotomía y posterior perforación rectal”*, causalidad que se intenta devaluar señalando seguidamente que es *“un riesgo previsto y previamente asumido”*, lo que, como se dijo, puede valer para las adherencias pero no para la perforación rectal.

Solicitado respecto de esta cuestión informe del Servicio de Cirugía, se indica que *“en el contexto de un absceso pélvico y tras colocar una sonda rectal puede ser factible la perforación del recto (...), causa más probable del cuadro que presentó la paciente y que precisó intervención quirúrgica”*. Lo que no puede ser, pues la paciente fue diagnosticada de *“absceso pélvico perforación rectal”* tras sufrir fuertes dolores abdominales tras sufrir rectorragia *a resultas de la primera intervención*. Luego fue la praxis de esta primera intervención -extirpación del pseudoquiste- la que ocasionó la perforación rectal y el absceso pélvico, que fueron consecuencia y no causa de la mala praxis.

No obstante la asumida *“relación temporal entre la laparotomía y posterior perforación rectal”*, se formula una primera Propuesta de Resolución, de 29 de enero de 2007, desestimatoria de la reclamación sobre la base de tomar como causa del daño las adherencias inevitables causadas a consecuencia de la primera intervención, que sin embargo no explican la perforación intestinal, sin tomar razón del informe de Cirugía para el cual *“la causa más probable”* de la perforación fue la colocación a la paciente de una sonda rectal.

3. Aceptada tal premisa, se sostiene que la indicación de laparotomía practicada con ocasión de la suboclusión intestinal derivó de la *“necesidad de llegar a un diagnóstico diferencial entre la existencia de un verdadero quiste en ovario izquierdo con su consiguiente extirpación o la posibilidad de pseudoquiste peritoneal”*. Pero resulta que en la primera intervención le fue extirpado *“pseudoquiste pélvico peritoneal”* y que no se remitió material de AP ya que lo que se realizó fue simplemente la extirpación del tejido normal que envolvía el líquido correspondiente, también normal que era lo que configuraba el falso quiste”. Luego en esta segunda intervención fue intervenida de un quiste que *no le fue extirpado en la primera, pese a que así se dice*. Aunque en realidad no hubo extirpación -según el informe del Servicio de Inspección- sino *“liberación de adherencias y extirpación de formaciones membranosas que conformaban el pseudoquiste”*; en cualquier caso, *extirpación*, lo que desde luego induce a pensar en el uso de material quirúrgico potencialmente capaz de producir, caso de impericia, una perforación rectal.

Consecuencia del informe que señala a la sonda rectal como causa probable de la perforación rectal, el Servicio de Inspección cambia de criterio el 3 de diciembre de 2007 proponiendo indemnizar los días de baja hospitalaria del 9 a 24 de abril y 441 días por el cierre de estoma en 2005 (22.886 €) a los que habría que añadir 185, 91 € por los tres días de internamiento (de 10 a 13 de abril de 2007) a consecuencia de eventración en cicatriz de colostomía -todo ello, por aplicación de la Resolución de 7 de enero de 2007-. Cantidades que la paciente acepta en escrito de 2 de abril de 2009.

4. La Propuesta de Resolución parte de "la correcta actuación sanitaria", aunque también precisa que "no resulta controvertida la existencia de un daño (...) cual es la referida perforación del intestino que trae causa probable en la sonda aplicada". Y ante esa contradictoria argumentación sólo indemniza por los días de baja hospitalaria y extrahospitalaria, mas no por ningún otro concepto.

En efecto, el instituto de la responsabilidad patrimonial propende a la reparación integral de todos los daños causados, de modo que tras esa *restitutio* la posición del particular sea lo mas parecida posible al momento anterior a la causación del daño, también del moral derivado de una situación de especial padecimiento y limitación vital. Se recuerda en este punto que la reclamante se vio sometida a un penoso y largo proceso clínico a resultas de la perforación rectal; también, se dice, a un "cuadro depresivo" -del que en efecto hay constancia en las actuaciones-; también a "limitaciones" en su vida ordinaria -fácilmente deducibles de una colostomía y, como se acredita, en base a tales hechos, por la incapacidad permanente que se le concede-; y a sufrir dolor abdominal remanente que existe aun en 2008, donde se aprecia asimismo una "pequeña recidiva herniaria".

En fin, del 8 al 20 de abril de 2004 la paciente estuvo internada a consecuencia de la perforación rectal y de la práctica de una colostomía; del 21 de abril de 2004 al 20 de junio de 2005, de baja no hospitalaria; del 21 de junio de 2005 al 14 de julio de 2005, internada por reconstrucción del tránsito intestinal; del 15 de julio de 2005 al 21 de julio de 2005, de baja no hospitalaria, con sonda vesical, más tres días de internamiento (del 10 a 13 de abril de 2007) a consecuencia de eventración en cicatriz de colostomía.

Al margen de las cantidades resultantes, que deben calcularse en función de las Resoluciones vigentes en el año del cómputo y no en base a la vigente en 2007, debe abonársele a la paciente una cantidad alzada razonable por los padecimientos y limitaciones sufridos y que aun padece, como se acredita de la lectura de las

actuaciones, que en este caso necesita el bálsamo de una indemnización justa por debida.

C O N C L U S I Ó N

Es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen, si bien procede ajustar la indemnización propuesta en los términos indicados en el Fundamento III.4 de este Dictamen.