



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 8 4 4 / 2 0 1 0

(Sección 1ª)

La Laguna, a 30 de noviembre de 2010.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.A.B.G. en nombre y representación de M.T.G.B., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 817/2010 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 13 de octubre de 2010, con entrada en este Consejo el 25 del mismo mes y año, la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias interesa preceptivamente del Consejo Consultivo de Canarias 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, en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por R.D. 429/1993], sobre Propuesta de Resolución formulada en el procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado a solicitud de M.T.G.B. (la reclamante) por los daños causados por la que se alega deficiente asistencia sanitaria, que le fuera prestada por parte del Servicio Canario de la Salud (SCS), con las consecuencias y secuelas que son objeto de reclamación.

Los daños causados fueron evaluados por la reclamante en su escrito inicial en cuantía de 90.334,27 €, que desglosa en estancia y días improductivos (10.031,27 €) y 50 puntos en concepto de secuelas (esfínter hipertónico, fístula anal y hemorragias), cuya valoración puntual (1.606, 06 €) hace un total, por este concepto, de 80.303 €.

* **PONENTE:** Sr. Díaz Martínez.

2. La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, vuelve a conocimiento de este Consejo, que, en su día emitió el Dictamen 616/2009, de 3 de noviembre, que no entró en el fondo del asunto al concluir en la necesidad de que las actuaciones se retrotrajeran a los efectos de verificar el adecuado cumplimiento de trámites en su momento omitidos o realizados defectuosamente.

Por ello, y para evitar reiteraciones innecesarias, nos remitimos al Dictamen emitido en lo que concierne a los trámites del procedimiento que no suscitaron necesidad de retroacción, como lo concerniente a la legitimación, para reclamar, plazo de interposición de la reclamación y admisibilidad de ésta, y las actuaciones necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución. El Informe del Servicio y realización de trámites probatorios se cumplimentaron tras la retroacción de actuaciones, así como la audiencia de parte, que fue reiterada. El informe del Servicio Jurídico es el emitido en relación con la Propuesta en su día dictaminada, toda vez que se considera que la nuevamente redactada nada añade para que hubiera sido exigible la reiteración del mismo trámite.

II

1. Respecto a los hechos determinantes de la reclamación, ya recogidos en el primer Dictamen de este Consejo, se señala que la reclamante fue intervenida de hemorroidectomía grado III-IV mediante la técnica "Milligan-Morgan". Tras el alta, la reclamante alega sufrir graves dolores y hemorragias que le obligaron a estar incapacitada para sus labores habituales, quedándole además, como secuelas, una fisura anal aguda, hemorroides internas congestivas e hipertonia del esfínter anal, con las consecuencias que de ello derivan, probablemente para el resto de su vida.

Tras ser valorada varias veces, posteriormente al alta, la paciente acudió al Hospital Universitario N.S.C., donde se le practicó colonoscopia que evidenció hipertonia del esfínter anal, fisura anal aguda y hemorroides internas congestivas, reclamándose indemnización por todo ello.

2. El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el del propio Centro hospitalario y el de la facultativa que intervino a la paciente consideraron que por el grado de evolución de la paciente, *la única alternativa* médica al respecto es el tratamiento quirúrgico mediante técnica Milligan-Morgan (extirpación de los paquetes principales), siendo el tiempo de recuperación habitual entre 4 a 6 semanas. Se añade que las secuelas por las que se reclama figuran como probables

complicaciones en el consentimiento informado suscrito por la paciente, siendo, en efecto, su aparición un riesgo típico o inherente a la intervención (*hemorragia, dolor, infección local cuya evolución es hacia una fisura y por tanto esfinterismo o contractura de la musculatura circular del ano*).

En cualquier caso, se sostiene que no constan dichas secuelas, pues la hipertonia anal sólo es demostrable objetivamente con pruebas electrofisiológicas. Además, en un porcentaje elevado de casos cura espontáneamente y sólo si esto no ocurriera se realizaría una cirugía específica de la fisura anal. Por eso, se reclama por secuelas inexistentes o no probadas, incluyendo tiempo de incapacidad sin tenerse en cuenta el tiempo necesario para la recuperación con patología como la tratada.

III

En el Dictamen 616/2009, de este Consejo Consultivo, se acordó la pertinencia de retrotraer las actuaciones en base a la necesidad de información sobre los siguientes extremos:

A. Si la paciente recibió información adecuada sobre el procedimiento o técnica a emplear, con sus características, posibles resultados y, desde luego, riesgos del mismo, los típicos y los propios y no infrecuentes, con aparición posible de daños o secuelas, incluyendo la fisura anal y, eventualmente, esfinterismo subsiguiente, así como de las alternativas de tratamiento reseñadas en el documento de consentimiento informado por causas relacionadas con su eficacia curativa y/o riesgo de secuelas.

Respecto de esta cuestión, el informe del especialista en Cirugía General y Digestiva, de 19 de enero de 2010, señala que la paciente fue informada el 30 de noviembre de 2007, durante la entrevista clínica, tanto de la patología que presentaba, como de la técnica quirúrgica a emplear, además de posibles riesgos. Y recuerda que, en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente, figura la descripción del procedimiento, con sus riesgos típicos y personalizados, beneficios, consecuencias y molestias del procedimiento, así como sus alternativas. Precisamente, entre los riesgos están hemorragia y dolor postoperatorio, que pueden indicar la presencia de una fisura anal, la cual puede condicionar un esfinterismo como acto reflejo.

B. Si la afectada hubiera sufrido una infección en la zona operada, acreditación de que fue inevitable o imposible erradicarla enseguida, habiéndose adoptado,

preventivamente, en el acto operatorio medidas profilácticas para evitarlo, abarcando el material, sala y personal utilizado y a la propia paciente, así como las pautadas, en su caso, para el postoperatorio hasta recibir el alta.

El mismo especialista citado en el apartado anterior indica que se advirtió la posibilidad de infección local, complicación descrita en el consentimiento informado, pudiendo aparecer secundariamente una fisura y ésta, a su vez, desencadenar un esfínterismo, pero no se estableció que, en este caso, la paciente haya presentado infección intra o postoperatoria.

C. También se interesó que, por especialista en cirugía digestiva o en el tratamiento de hemorroides, se informara sobre: idoneidad de la técnica utilizada para tratar el problema sanitario concreto padecido por la afectada (hemorroides grado 3 o 4); pertinencia de pruebas previas a la intervención de hemorroides, particularmente con la técnica elegida, en orden a predeterminar y, en su caso, paliar la eventual aparición de hipertonia de esfínter anal; riesgo de aparición de fisura anal y subsiguiente esfínter hipertónico en este caso, determinando su inevitabilidad dadas las circunstancias o si pudo producirse por defecto en la técnica empleada, así como si, surgida la fisura, puede evitarse la hipertonia con un adecuado tratamiento; procedencia de que, en este concreto supuesto y dado el estado de la paciente y la técnica a usar, se informara a ésta sobre el riesgo antedicho y sus correspondientes consecuencias, especialmente en relación con posibles tratamientos alternativos.

El Jefe del Servicio de Cirugía, en informe de 22 de diciembre de 2009, indicó que la técnica empleada fue correcta para tratar el problema que se refiere. Además, las pruebas previas para paliar una posible aparición de una hipertonia de esfínter anal en el postoperatorio son eminentemente clínicas, por lo que, si no existieran datos clínicos al respecto, otras pruebas son irrelevantes. Finaliza señalando que la aparición de fisura postoperatoria es muy variable y no tiene relación directa con la técnica empleada, no mereciendo a su juicio consideración especial en el consentimiento informado porque, entre otras cosas, suele ceder con medidas conservadoras en la mayoría de los casos.

D. Finalmente, por el Servicio competente del Hospital Universitario N.S.C. se deberían practicar pruebas clínicas, debiéndose interesar de la paciente su colaboración para la práctica de las mismas, en orden a acreditar su estado, particularmente si tiene esfínter hipertónico o fisura anal, y cuál es el motivo de su aparición, determinando si es consecuencia de la intervención inicial de hemorroides

y, en tal caso, si lo fue de modo inevitable, especificando el motivo, o se ha debido a mala praxis o a infección, operatoria o postoperatoria.

Pues bien, la paciente fue sometida el 9 de abril de 2010 a una prueba de manometría anorectal cuyo resultado diagnóstico fue: aumento de la presión basal de esfínter anal, que es hallazgo característico de la fisura anal, así como hiposensibilidad e hipodistensibilidad rectal secundarias a estreñimiento crónico, funcional o secundario a fisura anal. Sin embargo, no pudo ser explorada por excesivo dolor, pautándosele entonces la realización de otras pruebas. Así, ecografía anorectal, el 29 de junio de 2010, con ligero engrosamiento del esfínter anal interno y con fisura anal anterior; RNM, el 8 de julio de 2010, que no identifica componente inflamatorio perianal, y colonoscopia, el 5 de agosto de 2010, apareciendo hemorroides internas no prolapsadas, sin evidencia de fisura o de hipertonia de esfínter anal.

Por ello, el Jefe de de Sección de Cirugía General dice que existe la posibilidad de que sea el estreñimiento de la paciente el responsable de las pequeñas distensiones y las fisuras superficiales de la piel.

IV

1. Procede recordar que la reclamante alega que no fue informada de los riesgos de la intervención, ni las opciones de que disponía. Y, en particular, que la fisura no es una de las complicaciones reseñadas en el documento del consentimiento informado. Además, las hemorragias y dolores han persistido más de dos años tras la intervención, debiendo probar la Administración que estos síntomas no son propios de hipertonia del esfínter, efectuándole la prueba apropiada al respecto.

2. A la luz de las actuaciones complementarias acordadas tras la retroacción de actuaciones, incluyendo la emisión del preceptivo informe del Servicio afectado, consta la idoneidad de la técnica utilizada y las complicaciones de ésta, como el esfínter anal hipertónico, con posibilidad en su caso de curación, y la relación entre tal técnica y el esfinterismo residual.

Así, según el informe del SIP, la cirugía es la alternativa recomendable al problema de la reclamante, figurando en el documento del consentimiento informado, firmado por la paciente, la técnica a utilizar y sus riesgos típicos y personalizados, como la infección local, incluyendo sus consecuencias beneficiosas y

molestas, así como alternativas al procedimiento, indicándose al respecto el láser, la ligadura con bandas elásticas y tratamiento conservador con medidas higiénicas.

3. Sin embargo, la paciente presenta, tras la operación y sin padecerlo antes, fisura anal y posible hipertonia de esfínter, que no constaban como riesgos en el consentimiento. Por eso, de no existir tal infección, como causa de ello, según se alega por el Servicio, es claro que su motivo, conectado a la intervención, es otro, siendo de observar que se le informa de posible hemorragia o dolor postoperatorio, sin más, pero no de la posible causa de estos síntomas, con todo lo que puede comportar.

En este orden de cosas, los riesgos informados han de ser los más frecuentes en esta clase de intervención o los que, típicamente, pueden ocurrir en ella, de manera que, visto lo antedicho, se considera que hubiera sido procedente informarle de la posibilidad de la fisura o se advirtiera que la hemorragia o el dolor posteriores a la operación pueden ser indicativos de fisura y, secundariamente, esfínterismo. Asimismo, con los antecedentes expuestos, no se consideran procedentes las justificaciones para excluir del consentimiento dicha información.

A este respecto ha de señalarse que, siguiendo constante jurisprudencia del Tribunal Supremo, por lo demás recogida en Dictámenes en la materia que inciden en esta cuestión, a los que ahora nos remitimos, este Organismo entiende reiteradamente, a los efectos de lo previsto en el art. 10 de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, exige que el facultativo proporcione al paciente información relativa a las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina, los riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales, además de los que resulten probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones. Y ha de quedar constancia suficiente de esta información en el documento del consentimiento escrito sobre el procedimiento o intervención a aplicar, así como, en todo caso, en la historia clínica. Lo que no ha ocurrido en este supuesto.

3. Por lo demás, es patente que, si el tiempo de recuperación habitual oscila entre 4 y 6 semanas, según el SIP, y el alta definitiva tuvo lugar a la vigésimotercera semana, tal circunstancia solo puede deberse al curso de complicaciones, con ulteriores secuelas temporales de las que no fue informada la paciente, generando no solo la prolongación de la recuperación de la paciente y mantenerla con dolores,

que incluso obstaron que fuera examinada el 9 de abril de 2010, sino ciertos problemas sanitarios, ya resueltos al parecer.

Esto es, la paciente presenta, todavía en este año 2010, características de fisura anal, con aumento de la presión basal de esfínter anal, así como hiposensibilidad e hipodistensibilidad rectal, aunque el estreñimiento que padece la afectada contribuya a producir estos efectos al generar, per se, pequeñas distensiones y fisuras superficiales en la piel.

Por consiguiente, la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues se ha producido un consentimiento inadecuado de la interesada por defecto de información a la misma, debiéndose indemnizar por daños derivados de la intervención, fisura y esfínterismo anal, por el tiempo que tardó en recuperarse al respecto y el dolor soportado por este motivo; es decir, hasta el momento en que se acredite definitivamente, a través de la prueba específica prevista al respecto, la ausencia de fisura e hipertonia de esfínter anal apreciadas en la colonoscopia de 5 de agosto de 2010. Dado el tiempo transcurrido desde la operación (12 de enero de 2007) y demás circunstancias del caso se estima que la indemnización debe ascender a 42.000 euros.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación, no es conforme a Derecho, debiendo ser indemnizada la reclamante según resulta de lo expuesto en el Fundamento IV.3.