



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 2 6 / 2 0 1 1

(Sección 2ª)

La Laguna, a 12 de julio de 2011.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.V.F., en nombre y representación de J.H.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 364/2011 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud, SCS, por los daños personales cuya causación el interesado imputa a la defectuosa asistencia sanitaria que le prestaron los facultativos de dicho servicio público.

2. La preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad para solicitarlo resultan de los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto citado con el art. 12.1, de carácter básico, del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, RPRP, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3. El 24 de abril de 2008 se practicó la operación por cuyas secuelas se reclama. El escrito de reclamación se presentó el 8 de octubre de 2008. Por consiguiente, conforme al art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), no es extemporáneo.

* **PONENTE:** Sr. Reyes Reyes.

4. La propuesta de resolución la formula la Secretaría General del SCS al Director de éste, lo cual se adecua a los arts. 60.1, n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC) y 15, a) y b) del Reglamento del SCS, aprobado por el Decreto 32/1995, de 24 de febrero.

5. Conforme al art. 13.3 RPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, el cual se ha sobrepasado ampliamente aquí; sin embargo, aun fuera de plazo, la Administración está obligada a resolver expresamente en virtud de los arts. 42.1 y 43.3 LRJAP-PAC.

Por lo demás en la tramitación del expediente no se ha incurrido en defectos procedimentales que obsten a un Dictamen de fondo.

II

1. En el escrito de reclamación se alega que la intervención quirúrgica practicada al paciente el 24 de abril de 2008 no se procedió conforme a la *lex artis ad hoc* por lo siguiente:

El paciente padecía una cardiopatía isquémica con lesión de tres vasos y sin embargo sólo se le realizó una intervención quirúrgica incompleta con doble by-pass porque, a pesar de que el cateterismo previo revelaba que la arteria tenía buenos lechos distales, el cirujano no le hizo un puente a esta arteria porque estimó que presentaba malos lechos. Además, se le instaló una sonda vesical incorrectamente porque le perforó la uretra lo que le produjo una insuficiencia renal aguda no oligúrica e infección urinaria.

A ello se suma que el documento de consentimiento informado contenía una información incompleta porque no explicaba las consecuencias relevantes de la intervención, ni la existencia de otras alternativas a su diagnóstico ni los riesgos relacionados con las circunstancias personales del paciente.

Estas deficiencias en la asistencia médica prestada han dejado en el paciente las siguientes secuelas:

Insuficiencia cardiaca congestiva con fracción de eyección de 35-45%.

Persistencia de la patología principal.

Por esas secuelas solicita una indemnización de 205.974,71 euros.

III

1. Al paciente, de 72 años de edad en la fecha de la intervención, se le había diagnosticado en el año 1996 una cardiopatía coronaria con lesión de dos vasos que fue agravándose con el paso del tiempo que determinaron varios ingresos hospitalarios por anginas y diagnóstico de enfermedad arterial coronaria de tres vasos. El ventrículo izquierdo estaba dañado como consecuencia de la evolución de su patología cardíaca pues presentaba una disfunción diastólica de grado II con aquinesia e hipokinesia. Además padecía de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y dislipemia y había sido fumador.

2. La enfermedad que padecía el paciente evoluciona a peor con el transcurso del tiempo. El engrosamiento paulatino de las paredes de las arterias coronarias va reduciendo su aporte de sangre a las paredes del corazón. Esta falta de riego sanguíneo determina el infarto del miocardio y subsiguiente fallecimiento del paciente.

3. La intervención quirúrgica consistía en realizar injertos de venas o arterias del propio paciente a las arterias coronarias desde el punto anterior a la zona estrechada a otro posterior con lo cual se mantiene el riego sanguíneo apropiado para el corazón.

4. La coronariografía o cateterismo que se le practicó al paciente el 6 de abril de 2008, como prueba médica diagnóstica previa a la cirugía de revascularización miocárdica, permitió la siguiente valoración: *"Enfermedad arterial coronaria con lesiones obstructivas significativas del 80% en descendente anterior proximal y 70% en descendente anterior y media, con buen lecho distal; lesión del 100% en CD proximal, sin perfusión. VI con FE del 60% con hipokinesia moderada apical y diafragmática"*.

5. Esta prueba diagnóstica no es fiable completamente porque es una prueba indirecta de la luz del vaso. De ahí que los hallazgos angiográficos puede que no coincidan con los quirúrgicos. Es decir, la valoración de sus resultados puede indicar que es posible la revascularización de todos los vasos obstruidos pero luego la investigación intraoperatoria revela que alguno o algunos de ellos no son susceptibles de realizarles el puente (pontaje o by-pass en terminología médica) porque se hallan obstruidos o con la luz reducida en un gran tramo.

6. Por esta razón el documento de consentimiento informado que suscribió el paciente el 23 de abril de 2008 expresaba que la intervención dependía de que se pudieran hacer todos los injertos que el paciente necesitaba y advertía de que si la calidad de los vasos permitía injertarlos todos (revascularización completa) el resultado sería la desaparición de la angina, y la mejoría de la contracción cardiaca.

7. Los cirujanos que intervinieron al paciente hallaron que las tres coronarias estaban severamente calcificadas pero pudieron implantar puentes en la primera diagonal de la arteria descendente anterior y en la arteria coronaria derecha, sin embargo ante la grave calcificación de la descendente anterior renunciaron a actuar sobre ella porque ello habría acarreado consecuencias fatales para la vida del paciente.

8. La negligencia profesional, a la que se le imputa la causación de las secuelas por las que se reclama, la constituye el hecho de que los cirujanos le practicaron una revascularización incompleta porque sólo actuaron sobre dos arterias y no también sobre la descendente anterior porque consideraron que estaba calcificada y presentaba malos lechos distales a pesar de que el cateterismo previo valoraba que tenía buenos lechos.

El reclamante no presenta ningún informe ni prueba médica que desvirtúe el juicio diagnóstico intraoperatorio de los cirujanos fundado en la visión directa y la palpación del corazón y de las coronarias.

Es más, el informe de alta de 15 de junio de 2008 del Hospital de La Candelaria, al que fue derivado desde el Hospital Universitario de Canarias donde se le operó del corazón, describe que se le realizó un cateterismo cardíaco y que resultó imposible pasar a la arteria descendente anterior por lo que se desestimó su revascularización. El propio informe médico aportado por el reclamante confirma que la decisión de los cirujanos de abstenerse de intervenir sobre esa arteria fue conforme a la *lex artis ad hoc* y reveladora, por ende, de su buena práctica profesional.

No existe por tanto negligencia profesional alegada como fundamento de la pretensión indemnizatoria.

9. El reclamante fue debidamente advertido, en el documento de consentimiento informado que suscribió, del riesgo de que la comprobación directa intraoperatoria del estado de los vasos lesionados imposibilitara la revascularización de todos ellos. El consentimiento informado regulado en los arts. 8 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de paciente y de

los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, LAP, constituye uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. El paciente en cuanto asumió los beneficios que se derivaban de la intervención quirúrgica para la revascularización de las coronarias, asumió también el riesgo que ésta no fuera completa por imposibilitarlo el estado en que encontraran aquéllas los cirujanos. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo. No concurre, por consiguiente, la antijuricidad de la lesión por la que se reclama y, por ende, conforme al art. 141.1 LRJAP-PAC, no es indemnizable.

10. Por último, no existen secuelas que indemnizar: Al paciente se le practicó la operación para eliminar los dolores anginosos que padecía y mejorar su calidad de vida.

Las injertografías y coronariografías posteriores a la cirugía cardiaca demuestran la perfecta permeabilidad y funcionalidad de los injertos practicados. Los informes médicos aportados por el reclamante y obrantes en el expediente no refieren dolores anginosos.

11. El escrito de reclamación alega que el documento de consentimiento informado contiene una información incompleta porque no describe las consecuencias relevantes de la intervención, ni la existencia de otras alternativas a su diagnóstico ni los riesgos relacionados con las circunstancias personales del paciente. Con abstracción de que las deficiencias de información de un documento de consentimiento a una operación no engendran por sí solas la obligación de indemnizar, sino que es necesario para ello que se hayan materializado las consecuencias dañosas de los riesgos de cuya existencia no se informó o no se informó completamente, la confrontación de esta alegación con el tenor de ese documento revela la inconsistencia de la primera. El documento describe los riesgos de la operación (estado de coma, fallo renal, fallo pulmonar, infecciones secundarias, insuficiencia cardiaca, arritmias, hemorragias y taponamiento cardiaco, endocarditis, infección de la herida quirúrgica, imposibilidad de revascularización completa, etc.) y la alternativas de tratamiento (medicación, menos eficaz; y revascularización por cateterismo con resultados inferiores a los de la cirugía).

14. En cuanto a la insuficiencia renal aguda que presentó el paciente tras la operación aparece descrita como uno de los riesgos que conlleva la operación de

cirugía extracardiaca y del cual fue informado previamente el paciente. Los informes médicos obrantes en el expediente explican que su aparición no fue producto de negligencia profesional, sino consecuencia de la administración de aminas presoras para controlar la vasoplejía que acompañó al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) que sufrió el paciente, y cuya aparición es imprevisible y está determinada por factores genéticos de ciertos pacientes. Por lo demás, ese fallo renal fue afrontado rápida y exitosamente sin dejar secuelas.

15. La infección urinaria que sufrió el paciente es una de las infecciones secundarias que acompañan como riesgo típico a la operación que se le practicó al reclamante y como tal aparece recogida en el documento de consentimiento informado. De ella también fue atendido pronta y satisfactoriamente y no le ha dejado secuelas.

16. Tanto el fallo renal como la infección urinaria son riesgos típicos de la operación de cirugía cardíaca extracorpórea y como tales aparecen recogidos en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente. Como se señaló de suso, un requisito esencial para el surgimiento de la responsabilidad patrimonial consiste en la antijuricidad del daño. Si existe un título jurídico, una causa de justificación que obligue al reclamante a soportar el daño no existe lesión indemnizable. En el presente caso el reclamante tiene el deber de soportar esos dos daños alegados, el fallo renal y la infección urinaria, porque asumió voluntariamente el riesgo de su producción al decidir voluntariamente someterse a la operación una vez informado de que ésta conllevaba aquél. El consentimiento informado es uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar los daños iatrogénicos derivados de un acto médico correcto. El paciente, en cuanto asumió los beneficios que pudieran derivarse de la intervención quirúrgica, asumió también las consecuencias dañosas de la probable realización de los riesgos que comportaba y de los que fue debidamente informado. El consentimiento informado del paciente lo constituye en la obligación de soportar los daños que puedan producirse, bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aun alcanzando el resultado perseguido, se producen efectos secundarios.

17. También se imputa a la negligencia profesional de los cirujanos dos incidentes en el proceso terapéutico del paciente que no han dejado secuelas. El primero de ellos consistió en que al retirarle un tubo de drenaje torácico de la herida quirúrgica se quebró lo que obligó a que se le interviniera sobre dicha herida para retirar el fragmento.

El informe de alta de la Unidad de Vigilancia Intensiva, obrante en la historia clínica y aportado además con el escrito de reclamación, describe que al retirar los tubos de drenaje uno de ellos quedó atrapado por la sutura esternal. El informe del Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular explica que para retirar el fragmento hubo de reabrirse superficialmente la herida quirúrgica, lo que constituye una intervención menor; que la aparición del SIRS determina un exudado torácico abundante que obliga a mantener los drenajes más días de lo habitual; que era imprescindible esa pequeña operación de cirugía menor para evitar la infección de la herida esternal que habría tenido consecuencias fatales; que en el documento de consentimiento informado se advierte de que uno de los riesgos asociados a la operación de cirugía cardíaca es que surja la necesidad de reintervenciones.

Uno de los riesgos típicos de una intervención que exige practicar una herida quirúrgica tan grande y su sutura de una extensión proporcional es que ésta dificulte la retirada de los tubos de drenaje instalados en la herida quirúrgica y determine la rotura de alguno de ellos al momento de retirarlos y consecuentemente obligue a realizar una pequeña incisión para extraer el fragmento retenido. Este es un riesgo iatrogénico menor inherente a operaciones quirúrgicas de gravedad e importancia que no dejan secuelas ni lesiones por lo que no es indemnizable.

El otro incidente que se alega consistió en que se le sondó mal la uretra lo que causó su lesión y la creación de una falsa vía, lo que obligó a que se le realizara una talla vesical. Este incidente tampoco ha dejado secuelas.

En la historia clínica no se refleja que en el momento de realizar este sondaje por los enfermeros, que no por los cirujanos, hubieran surgido dificultades para instalar la sonda, ni maniobras forzadas, ni sangrado, ni signos de anomalía, ni quejas sintomáticas del paciente. Las dificultades urinarias surgieron con posterioridad a la operación y la instalación de la sonda urinaria fue anterior a ésta, de ahí que la única explicación médica a la lesión temporal de la uretra por la sonda es que ésta se haya producido accidentalmente por movimientos del propio paciente, lo que excluye que haya sido causada por negligencia de los enfermeros que sondaron al paciente.

18. En definitiva, la asistencia sanitaria prestada al reclamante fue correcta y no existen lesiones o perjuicios indemnizables.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.