



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 14 de febrero de 2012.

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 M.Z.P. por daños ocasionados en la atención prestada a su esposo fallecido J.J.L.A., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 20/2012 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), Organismo Autónomo integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma (CAC), al serle presentada una reclamación de indemnización por los daños que se alega se han producido por el funcionamiento del servicio público sanitario en ejercicio del derecho indemnizatorio al efecto contemplado en el Ordenamiento Jurídico, exigiendo la correspondiente responsabilidad patrimonial del titular de dicho servicio al estimar deficiente su prestación.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo en este caso es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), debiendo remitirla la Consejera de Sanidad, según dispone el art. 12.3 LCCC.

3. La reclamante alega que su esposo, quien padecía un adenocarcinoma de colon derecho avanzado, ingresó el día 30 de octubre de 2006 en el Hospital Universitario de Canarias, con la finalidad de realizársele una hemicolectomía

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

derecha vía laparoscopia; dos días después de ser intervenido el paciente presentó disnea e hipotensión, empeorando en los días siguientes hasta el punto en el que sufrió un shock séptico como consecuencia de que la sutura realizada en la operación se abrió posteriormente, extendiéndose líquido en el interior de su cuerpo y causándole peritonitis; finalmente, el 4 de noviembre de 2006, sobre las 05:45 horas, su esposo falleció a resultas de lo expuesto.

Por eso, la reclamante considera que el fallecimiento se debe a una inadecuada práctica de la laparoscopia, reclamando una indemnización de 400.000 euros.

4. En el análisis jurídico de la Propuesta de Resolución es de aplicación la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), así como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), como regulación básica en la materia, no desarrollada por la CAC, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

Y, naturalmente, la regulación del servicio sanitario afectado, básica estatal y de desarrollo autonómico, particularmente la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley estatal 41/2002.

II

1. El procedimiento se inició con la presentación del escrito de reclamación el 13 de septiembre de 2007.

El día 17 de diciembre de 2007 se dicta Resolución de la Secretaría General del SCS por la que se admite a trámite la reclamación formulada, sin perjuicio de lo antedicho, ha de entenderse. Luego, la tramitación correspondiente se ha producido en lo referente a la fase instructora, de acuerdo con la normativa que la regula, con el defecto no invalidante reiteradamente expuesto por este Organismo, sobre la suspensión procedimental.

El 15 de diciembre de 2011, alrededor de 5 años después de iniciarse el procedimiento y sin justificación para una dilación semejante, se emitió una Propuesta de Resolución inicial, que fue informada por la Asesoría Jurídica Departamental, emitida el 2 de enero de 2012, sobre la Propuesta de Resolución definitiva, ampliamente vencido el plazo para resolver. No obstante, procede hacerlo y cabe que se produzca en el sentido propuesto, sin perjuicio de los efectos que ello puede generar y de que el interesado ha podido entender desestimada su

reclamación a los efectos oportunos años atrás [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 3.b); 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC].

2. Concurren los requisitos legalmente previstos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio, regulado en el art. 106.2 de la Constitución [art. 42.1 y 7; 43.1 y 3.b); 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC].

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación porque, según el instructor, no existe relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño por el que se reclama, pues está constatado en el expediente que la asistencia al paciente fue adecuada, tomándose siempre las medidas que protocolariamente se exigen para tratar casos como el del afectado.

Además, figura documento de consentimiento informado firmado por el fallecido, recogiendo en él los riesgos indeseables relativos a la intervención a realizar, la apropiada al caso médicamente, que pueden presentarse pese a su correcta realización, que se informa cierta y sin que se demuestre lo contrario, en particular por la interesada, entre los que está la dehiscencia en función de la técnica a emplear necesariamente y el estado o características del paciente, la cual ocasionó inevitablemente peritonitis que no pudo solucionarse pese a los pertinentes medios usados al respecto, produciéndose inevitablemente el shock mortal.

2. De acuerdo con el informe del facultativo que realizó la intervención y atendió al paciente en su posterior evolución, no contestado por la interesada y mucho menos desacreditado o contrarrestado por otro en contrario presentado por ella, al paciente se le informó de la pertinencia en su caso de la laparotomía y de sus riesgos, incluida la poco frecuente, pero posible y de graves efectos, dehiscencia o apertura de la herida quirúrgica, cabiendo como resultado final el fallecimiento, aunque en porcentaje mínimo, consintiéndolo expresamente.

En estas condiciones, el 30 de octubre de 2006 se practicó la intervención con la técnica referida. El postoperatorio del paciente, hospitalizado, se desarrolló en los dos días siguientes de forma normal y habitual en el caso, sin que presentara complicación alguna; incluso en el tercer día expulsaba gases y tenía ruidos intestinales normales, con abdomen blando y depresible, con tolerancia oral de alimentos.

Sin embargo, en la madrugada del día siguiente el paciente desarrolló un cuadro de disnea e hipotensión, siendo valorado por el Servicio de Cirugía de guardia y tomándose de inmediato medidas pertinentes a continuación. Así, se pautó oxigenoterapia y se solicitó y practicó urgentemente hemograma y radiografía de tórax urgente, comprobándose la existencia de derrame pleural y permaneciendo los facultativos pendientes de su evolución.

Sin embargo, sólo es hasta la mañana de ese día cuando se practicó al paciente TAC de abdomen y pelvis, visualizándose entonces múltiples burbujas aéreas abdomino-pélvicas, compatibles con perforación, no descartable por tanto y en concordancia con el antedicho derrame. Por eso, se instauró enseguida antibioterapia de amplio espectro, se aumentó la concentración de oxígeno y se trasladó al enfermo a la UCI. Por fin, a las 18:35 horas, puesto que éste no respondía al tratamiento, se acordó por Cirugía la intervención quirúrgica, siendo dirigida por el propio médico que intervino inicialmente al ofrecerse al efecto pese a no estar de servicio.

Esta reintervención mostró una deshiciencia mínima, que se califica de peritonitis biliar moderada, siendo devuelto luego el paciente a UVI pero, pese a todas las medidas apropiadas al caso que allí se adoptaron, incluso quirúrgicas, no se pudo detener la evolución de dicha peritonitis, deviniendo shock séptico que fue la causa inmediata del fallecimiento del enfermo.

3. Por tanto, está demostrado que el motivo esencial de la mala evolución del afectado, inicialmente favorable, y su posterior fallecimiento por shock séptico, fue la deshiciencia de herida quirúrgica tras laparotomía, en principio debidamente practicada, como riesgo poco habitual pero posible en el uso de esta técnica, apropiada al caso del paciente por sus características, que el paciente conocía y asumió en su plasmación al prestar consentimiento expreso a la intervención, y las circunstancias sanitarias del propio paciente, sin que, sin embargo, se informara al paciente de este hecho.

Por tanto, en principio cabría sostener que se procedió en todo momento conforme a *lex artis ad hoc*, cumpliéndose con la obligación de medios que le corresponde a los servicios sanitarios, pues se aportaron los debidos al caso y se utilizaron adecuadamente, produciéndose el daño como consecuencia de la enfermedad del paciente en cuanto que requería concreta técnica quirúrgica que comportaba cierto riesgo cuya plasmación y evolución podía generar, eventualmente, el fallecimiento.

Además, el paciente fue debidamente atendido en el postoperatorio, detectándose el problema que surge en determinado momento del mismo y, coherentemente con su consistencia, tan pronto apareció, adoptándose las medidas pertinentes rápida y correctamente para solucionarlo y tratar sus efectos, incluida la reintervención de la peritonitis que se produjo inevitablemente.

IV

1. No obstante, para convenir que de las actuaciones no se acredita nexo causal entre el funcionamiento del servicio y el hecho lesivo y, por lo tanto, el daño por el que reclama la interesada, siendo en este sentido conforme a Derecho la PR, es preciso que antes la Administración sanitaria aclare adecuadamente ciertos hechos que son determinantes a ese fin o, en su caso, para mantenerse que, por el contrario, existe posible vulneración de la *lex artis* y, consecuentemente, responsabilidad administrativa por el hecho lesivo y, por tanto, que el SCS ha de indemnizar a la interesada de algún modo.

Así, en primer lugar y debiéndose recordar la exigencia de personalización de la información, en especial de riesgos, para obtener el consentimiento del paciente, procede que se clarifique la corrección en la información al paciente sobre los riesgos de la laparotomía a practicar, consintiéndola, a la vista de lo expresado al respecto en el documento de consentimiento informado. En este sentido, como se apuntó antes y, además, justificándose en la Propuesta de Resolución la plasmación del concreto riesgo de deshicencia, que, en efecto, consta allí, por las circunstancias sanitarias del paciente que se detallan, no parece que se le informara al paciente al fin antedicho y, por tanto, para asumir el riesgo y consiguientemente tener el deber de soportar el daño, que tales circunstancias acrecentaban considerablemente el riesgo de deshicencia, haciéndola posible. Y, además, generando que fuese difícil de controlar la eventual peritonitis subsiguiente, aumentando considerablemente la eventualidad de muerte séptica.

Por otra parte, ha de justificarse apropiadamente la razón de la demora en proceder a la reintervención para cerrar la herida abierta, tardándose varias horas entre la detección de problemas en el estado de salud del convaleciente y, justamente, la detección del derrame pleural y la realización del TAC, aún sabiéndose la posibilidad de deshicencia, todavía mayor en este paciente. Y, sobre todo, dados los presupuestos antedichos y el resultado de esta prueba, otras horas más para hacer, por fin, tal nueva intervención, reconociéndose además que el

estado del paciente se complicaba paulatinamente pese a la instauración de tratamiento antibiótico, aunque no específico, sino de amplio espectro; cuestión ésta que también procede aclarar en función de los referidos presupuestos y la situación de la deshidratación. En este orden de cosas, procede indicar si se hubiera podido evitar la peritonitis, o los efectos de ésta, de haberse realizado antes el TAC y, en especial, la reintervención, incluso sin necesidad de efectuar aquel.

Por último, es precisa información acerca del hecho de que una pequeña herida, al parecer, que genera como mucho, y encima varias horas después, una peritonitis moderada, hace imposible contener la sepsis derivada de ésta y, tras las medidas que, sin duda, se adoptaron tras la reintervención, no pudiera evitarse el shock séptico del paciente.

2. Emitida esta información por especialistas del SCS en la materia, a la luz del expediente incoado, incluyendo historia clínica e informes emitidos, ha de darse traslado a la interesada a los efectos procedentes y, por último, formular la Propuesta de Resolución consecuente con estas actuaciones, a remitir a este Organismo para ser dictaminada.

C O N C L U S I Ó N

Por las razones expuestas, no se considera suficientemente justificado el resolvo de la Propuesta de Resolución analizada y, por tanto, la desestimación propuesta, debiendo procederse en consecuencia a la retroacción de actuaciones, en orden a efectuar las reseñadas en el Fundamento III, solicitándose pronunciamiento de fondo de este Organismo sobre la Propuesta de Resolución que se formule definitivamente, a remitir junto con la documentación correspondiente a los trámites realizados.