



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 171/2012

(Sección 1ª)

La Laguna, a 28 de marzo 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.R.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 106/2012 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Se dictamina la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), 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, que ante ella se presenta por el interesado en el ejercicio del derecho indemnizatorio, al efecto contemplado en el Ordenamiento Jurídico, exigiendo la correspondiente responsabilidad patrimonial del titular del servicio, por lo que se estima deficiente actuación de los servicios sanitarios.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo 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). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En lo que respecta a los hechos, el reclamante sólo realiza un somero relato de los mismos en la denuncia que presenta ante la Policía Nacional, por ello, es preciso, a la hora de hacer constar el desarrollo del hecho lesivo padecido por su

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

padre, tener en cuenta lo manifestado en los informes médicos obrantes en el expediente, siendo de especial interés el Informe de Éxitus y el del Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, quien practicó las dos primeras intervenciones quirúrgicas de las tres a las que fue sometido su padre antes de su fallecimiento (páginas 24 y 99 del expediente).

Así, el padre del reclamante, con 73 años de edad, padecía una cardiopatía hipertensiva y una insuficiencia renal crónica, que reflejaba anemia y elevación patológica de creatinina y urea.

4. El 27 de diciembre de 2005 ingresó preventivamente en la UMI del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de forma programada, pues, previamente, había sido diagnosticado de una ictericia obstructiva secundaria a adenocarcinoma de ampolla de Vater (cáncer de páncreas) y se le iba a realizar una duodenopancreatectomía cefálica, ya que dada sus cardiopatía y su insuficiencia renal no estaba indicada ni la quimioterapia ni la radioterapia.

La intervención quirúrgica se llevó a cabo el 27 de diciembre de 2005, siendo remitido a planta al día siguiente.

5. El día 3 de enero de 2006, tras haber estado afebril y sin que se hubiera presentado un empeoramiento de su estado, comienza en la madrugada de dicho día a sentir dolor abdominal, pero, dado el estado de su insuficiencia renal, el servicio de nefrología aconsejó aplazar unos días la realización de la correspondiente prueba diagnóstica, una tomografía computada (denominada CT, siglas del término inglés Computed Tomography), la cual se realizó el 5 de enero, siendo el diagnóstico de derrame pleural bilateral, con probable neumonía nosocomial, con imagen sugestiva de hematoma o plastrón, pero no de absceso abdominal.

Posteriormente, el 7 de enero de 2006, pese a estar afebril, sigue presentado dolor abdominal.

El 9 de enero su estado es bueno por lo que se inicia la alimentación oral, que se tuvo que suspender esa misma noche por vómitos. Al día siguiente el afectado sigue presentando vómitos de repetición por lo que se le realizó el 11 de enero una prueba diagnóstica esófago-gastroduodenal, en la que se observó que no existía paso del contraste empleado en la prueba en la anastomosis gastroyeyunal, programándose una reintervención quirúrgica para el día siguiente.

La misma confirmó la existencia de una estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, fibrosis del mesocolon transversal, que atrapó dicha anastomosis, con un absceso retroperitoneal adyacente a la raíz del mesenterio en relación con pancreatitis del muñón pancreático.

6. El día 13 de enero de 2006, empeora sufriendo ya una hipertensión arterial severa y continúa con su insuficiencia renal, tratándose con hemodiálisis, salvo el día 20 de enero que presentó mejoría; sin embargo, tras ese día su insuficiencia renal empeoró, volviéndose a la hemodiálisis, además, este día volvió a presentar un derrame pleural y condensación pulmonar derecha.

Luego, el día 26 de enero de 2006, vuelve a padecer fuertes dolores abdominales, permaneciendo afebril y se decide realizarse una laparotomía exploradora, practicándose de inmediato una nueva reintervención abdominal por otros Doctores distintos al anterior, hallándose una importante peritonitis, una pequeña dehiscencia de la anastomosis gastroyeyunal y un absceso retroperitoneal peripancreático, dejándose tras la intervención la referida laparotomía para realizar posteriores curas de la cavidad peritoneal, que se le revisó a diario en los días posteriores, observándose, tras ello, el 2 de febrero de 2006, una peritonitis plástica muy importante, padeciendo una nueva dehiscencia el día 3 de febrero, que se le suturó de inmediato.

7. Por otro lado, y en lo que respecta a su neumonía nosocomial, en los informes médicos se afirma que evolucionó favorablemente, siendo extubado el día 9 de febrero de 2006, pero debido a su incapacidad de eliminar secreciones se procede a su reintubación el 11 de febrero y posteriormente el 13 de febrero requirió de una traqueotomía percutánea, padeciendo, además, una taquicardia ventricular y después fibrilación auricular, que se corrigió mediante los fármacos correspondientes.

8. Así mismo, consta en dichos Informes que evolucionó favorablemente de su peritonitis, sin signos de sepsis, retirándose incluso la antibioterapia (desconociéndose la fecha exacta de tal retirada).

En los citados informes se pasa seguidamente al relato de lo acontecido el día 23 de febrero de 2006, en los que se indica que ese día se procedió al reinicio de la nutrición enteral, pero, tras ello, el paciente empezó a presentar fiebre con mal olor de la herida, siendo revisada por el servicio de cirugía, objetivando una fístula intestinal. No obstante, dado el deterioro hemodinámico respiratorio y renal se

descartó una nueva intervención, sin que se precise la fecha exacta de tales acontecimientos.

Además, en una referencia al día 28 de febrero de 2006, se asegura que no existían signos de peritonitis evolucionada.

Finalmente, el 4 de marzo de 2006 falleció por fracaso multiorgánico, sin que figuren datos acerca de lo acontecido entre el día 28 de febrero de 2006 y el día 4 de marzo de 2006.

9. Para finalizar, el reclamante solicita una indemnización por el fallecimiento de su padre, que entiende que se ha producido por un conjunto de negligencias médicas.

10. Son de aplicación, tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), siendo una materia, cuya regulación no ha sido desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

II

1. El procedimiento comenzó con la presentación del escrito de reclamación, que tuvo lugar el 26 de diciembre de 2006.

El día 5 de febrero de 2007 se dictó la Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

En cuanto a la tramitación del procedimiento, se realizó por la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario mencionado, abriéndose el periodo probatorio, emitiéndose el Informe preceptivo del Servicio y otorgándosele el trámite de vista y audiencia, para, finalmente emitirse el 24 de marzo de 2011, Informe Propuesta de Resolución, habiendo vencido ya el plazo resolutorio.

El 5 de septiembre de 2011 se emitió por la Secretaria del SCS una primera Propuesta de Resolución. El 17 de octubre de 2011 se emitió el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, en el que se señala que dicha Propuesta de Resolución era genérica y no estaba debidamente fundamentada al igual que el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP); por ello, se emitió un nuevo Informe del Servicio,

otorgándosele de nuevo el trámite de vista y audiencia al afectado y, finalmente, el 16 de febrero de 2012, se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

2. Por otra parte, concurren los requisitos constitucional y legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio, regulados en el art. 106.2 de la Constitución y desarrollados en los artículos 139 y ss. LRJAP-PAC.

III

1. La Propuesta de Resolución es de sentido desestimatorio al considerar el órgano instructor que no existe relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño ocasionado, pues los servicios sanitarios se prestaron adecuadamente, incidiendo la propia patología del afectado en el resultado final.

2. En el presente asunto, el informe del SIP consiste en un mera afirmación en la que de manera escueta y literalmente se señala lo siguiente: "Ante la falta de la más mínima prueba, indicios o sospecha aportadas por el reclamante, y valorada toda la documentación clínica e informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, se consideran suficientes para concluir que la asistencia prestada al paciente M.R.S. fue correcta".

Asimismo, el primer informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, que intervino al fallecido en dos ocasiones, se limita a reseñar parcial y someramente la evolución del mismo, faltando incluso toda referencia al periodo comprendido entre los días 28 de febrero de 2006 y 4 de marzo de 2006, cuando se produjo su fallecimiento.

Tras el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, el mencionado Facultativo elabora un informe complementario en el que se limita, por un lado, a enumerar datos estadísticos, y por otro, a adjuntar numerosa documentación bibliográfica médica, parte de ella en inglés, pese a estar informando a juristas obviamente profanos en la ciencia médica.

Así, la información facilitada se muestra insuficiente para poder entrar en el fondo del asunto y, valorando la procedencia de la actuación de los servicios médicos en este caso, determinar la existencia o no de relación de causalidad y, por ende, responsabilidad administrativa, plena o parcial.

3. Por tanto, es preciso un Informe complementario del Servicio sobre las siguientes cuestiones, a emitir por especialista del SCS en cada caso o actuación.

A) Razón de que no figuren en los documentos de consentimiento informado correspondientes a las tres intervenciones quirúrgicas las dolencias previas del fallecido, cardiopatía por hipertensión e insuficiencia renal, teniéndose en cuenta que la información y subsiguiente consentimiento ha de ser personalizada y relativa a cuestiones que puedan influir o condicionar el éxito del tratamiento y la posibilidad de no aceptarlo, en todo o en parte. En este sentido, ha de indicarse si estos antecedentes pueden influir en el resultado de las intervenciones y, en todo caso, han condicionado o potenciado el resultado final del proceso.

B) Influencia en dicho resultado de la neumonía nosocomial, explicando su origen y evolución, con posibilidad de evitarla y corrección de su tratamiento.

C) En lo que respecta a la pancreatitis del muñón que el fallecido sufrió tras la primera intervención, debe determinarse si esta dolencia se recoge en el documento del consentimiento informado correspondiente a la primera intervención, particularmente si equivale a inflamación del páncreas o son dos dolencias distintas, así como cuál fue su causa, evitable o no, y corrección del tratamiento, expresando así mismo su influencia en la evolución del proceso y el fallecimiento del paciente.

D) Determinar si la deshicencia de la anastomosis gastroyeyunal es un riesgo propio de la intervención abdominal o si también puede producirse a consecuencia de la primera intervención, la resección pancreática realizada. Al respecto se observa de la escasa información disponible que afecta directa y determinadamente a dicha anastomosis, sin hacerse mención alguna a ella en el documento de consentimiento para la correspondiente intervención, debiéndose explicar el motivo y si tal silencio supone que surge por un defecto o fallo en la operación.

E) Respecto a la peritonitis del paciente, con mal olor en la herida del mismo, debe informarse del momento de su inicio, teniéndose en cuenta que es calificada de importante, en relación con los dolores abdominales que aparecen el 3 de enero de 2006, como posible síntoma de la misma, el referido mal olor y el estado febril del paciente. En esta línea, debe determinarse cuándo se retiró exactamente la antibioterapia y si tal decisión, a la vista de las circunstancias y síntomas, fue pertinente o precipitada.

F) Además, procede explicar el motivo de que aparentemente fracasara la laparotomía aplicada para controlar la herida quirúrgica y, desde luego, la relación posible de las fístulas mostradas por el paciente y el antedicho mal olor de la herida y la peritonitis, explicando su causa y tratamiento, pertinente en medios y momento de aplicación.

G) Debe aportarse relato pormenorizado de lo acontecido en el proceso de asistencia y evolución del paciente desde el día 28 de febrero de 2006 hasta el 4 de marzo de 2006, fecha de la muerte, al no constar información adecuada al respecto, exponiéndolo con detalle y claridad.

4. Por otra parte, no se ha acreditado la relación de parentesco entre el reclamante y el fallecido, ni se le ha requerido por parte de la Administración. Por lo tanto, se le ha de solicitar la presentación del Libro de Familia o cualquier otro documento que permita acreditarla y conocer si pueden existir otros interesados, comunicándoles, en su caso, la iniciación del procedimiento y sus derechos.

5. Después de todo ello se otorgará el trámite de vista y audiencia al interesado y al resto de posibles interesados y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución, que deberá remitirse a este Consejo para su Dictamen.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada no es conforme a Derecho, debiéndose retrotraer las actuaciones al objeto de completar el procedimiento en la forma que se expone en los apartados 3, 4 y 5 del presente Dictamen; y una vez llevados a cabo dichos trámites, previa audiencia al interesado (o interesados, si los hubiere), se elaborará una nueva Propuesta de Resolución que se remitirá a este Organismo para ser dictaminada.