



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 210/2012

(Sección 1ª)

La Laguna, a 27 de abril 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.C.B.F., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 146/2012 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Mediante escrito de 12 de marzo de 2012, con entrada en este Organismo el día 22, la Consejera de Sanidad interesa preceptivamente Dictamen por el procedimiento ordinario arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 12.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), sobre la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la presentación de reclamación de indemnización efectuada por M.C.B.F., por daños que alega causados por la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS), en cuanto que, por error de diagnóstico, alega, sufre graves problemas psicológicos y un gran perjuicio estético. Así, habiéndosele realizado innecesariamente por ese motivo una operación, ésta generó eventración postoperatoria y subsiguiente cicatriz de la que tiene que volver a ser intervenida. Por ello, solicita una indemnización de cien mil euros.

2. La Propuesta de Resolución culmina un procedimiento de responsabilidad patrimonial que ha sido tramitado de conformidad con la normativa de aplicación. Se inicia el 18 de mayo de 2010 por solicitud que presenta persona legitimada para ello,

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

al ser la que alega haber sufrido el daño por el que se reclama [art. 31.1.a) LRJAP-PAC]. Además, lo hace dentro del plazo de un año desde que ocurrió el hecho lesivo o su determinación, computable desde la consolidación de las secuelas definitivas, la cual tuvo lugar el 22 de agosto de 2009, por lo que no ha prescrito el derecho a reclamar.

La reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite (art. 6.3 RPAPRP) y se realizaron los trámites de instrucción legal y reglamentariamente previstos para la finalidad asimismo contemplada normativamente (arts. 76.1 LRJAP-PAC y 7 RPAPRP). Así, obra en las actuaciones el preceptivo informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado presuntamente la lesión indemnizable, en principio el de Cirugía Digestiva del Hospital Dr. Negrín, así como otros complementarios necesarios para resolver (art. 82.1 LRJAP-PAC), realizándose también los trámites probatorio y de vista y audiencia.

Por último, consta informe del Servicio Jurídico de la Administración [art. 20, g) de su Reglamento], emitiéndose finalmente la Propuesta de Resolución definitiva por el instructor. Al respecto se advierte que, como suele ser indebidamente habitual y sin justificación admisible al respecto, se incumple el plazo resolutorio, aunque esta injustificada demora no obsta para la resolución expresa del procedimiento, ni al sentido desestimatorio de la misma, sin perjuicio de los efectos administrativos que ello debiera comportar o los económicos que pudiera conllevar [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.7 LRJAP-PAC].

II

1. Según el escrito de reclamación, el 29 de mayo de 2007 la reclamante acudió al Centro de Salud de Moya al tener fuertes dolores abdominales acompañados por vómitos, siendo remitida a las 16 horas, al no mejorar, al Hospital Doctor Negrín. En un primer momento, se le informa de que se trata de una perforación del abdomen (sobre las 18:30 horas) y, tras realizarse pruebas, se confirma el diagnóstico, aunque luego se cambia a apendicitis aguda.

Por eso, al estar el Servicio saturado para tratar esta dolencia, fue derivada a la Clínica L.P., Centro concertado al efecto, donde el doctor que la atendió rechazó el último diagnóstico producido y, como alternativa, mantuvo el inicial, devolviéndola entonces al Hospital de origen, donde fue intervenida.

Luego, una facultativo le comunicó que su dolencia era, en realidad, pancreatitis aguda, de modo que, no requiriendo ésta una intervención quirúrgica, su correcto

diagnóstico, por demás posible, hubiera evitado aquella y, por tanto, sus efectos dañosos.

2. De acuerdo con el informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital, la paciente fue diagnosticada el 29 de mayo de 2007, a las 18 horas aproximadamente, de apendicitis aguda y, por ello, se la remitió a un Centro concertado, pero, tras diagnosticarse de perforación visceral, fue reenviada para ser intervenida en el Hospital, lo que tuvo lugar el 30 de mayo de 2007, detectándose pancreatitis aguda y causando alta al 13º día del posoperatorio.

Se alega al respecto que los cuadros de abdomen agudo siempre son un reto para llegar a un diagnóstico preciso que permita instaurar un tratamiento adecuado. Por ello, entiende la Administración que en este caso, ante la duda diagnóstica, la decisión de intervenir fue acertada y sujeta a la práctica habitual, sin existir propiamente retraso en el diagnóstico ni en el tratamiento que influyera en la salud de la paciente. Añade que la pancreatitis aguda que presentaba la paciente puede precisar también ser operada, máxime cuando hay duda de perforación visceral.

3. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), en su informe de 28 de septiembre de 2010, vista la información disponible, sostiene que el SCS utilizó debidamente los medios pertinentes para el diagnóstico del cuadro de dolor abdominal por el que la paciente demandaba.

Sin embargo, reconoce que, a pesar de la descripción de las observaciones procedentes del estudio ecográfico que se le practicó en su momento, se produjo un error en la transcripción, pues en el informe consta apendicitis aguda cuando debió anotarse pancreatitis, lo que generó que se remitiera erróneamente a la paciente a Centro concertado para ser intervenida, aunque, tras ser observada allí, se detectó que no sufría tal apendicitis, siendo devuelta la paciente al Hospital la noche de ese mismo día al considerarse que tenía perforación visceral.

En ese momento, dada la clínica apreciada y la existencia de abdomen agudo, el Servicio competente del Centro hospitalario decide intervenirla urgentemente en la madrugada siguiente por sospecha de perforación visceral; razón por la que se considera que la paciente se equivoca sobre la innecesariedad de la operación.

4. Por su parte, tras acoger la argumentación contenida en los informes para sustentar su decisión, la Propuesta de Resolución advierte en el mismo sentido que el error de diagnóstico sólo tiene relevancia jurídica según su entidad y no produce

consecuencias de responsabilidad cuando es excusable según las circunstancias del caso concreto y, en particular, cuando lo hubiere podido cometer cualquier otro facultativo en la misma situación que quien lo emite.

Lo que, a mayor abundamiento, ha de concluirse que el deber cuya omisión genera responsabilidad en el Servicio por actuación de sus profesionales no es de resultado, sino de aportación de medios disponibles que sean exigibles en el caso y su correcto uso, como aquí ha ocurrido.

Por consiguiente, se concluye que no existe nexo causal entre la asistencia prestada y el daño alegado y, por ende, no procede declarar la responsabilidad de la Administración sanitaria.

III

1. Según literatura médica común, particularmente a nivel de Diccionario, el dolor abdominal agudo es un problema de salud frecuente y difícil de abordar, pudiendo tener origen orgánico o funcional, sin poderse siempre establecer netas diferencias entre ambos. Es este sentido, se señalan al menos 26 posibles causas, entre ellas: apendicitis, oclusión intestinal, colecistitis (inflamación de la vesícula), enfermedad diverticular, hernia, enfermedad de Crohn (colitis ulcerativa), pancreatitis y úlceras, con perforación (peritonitis) o sin ella.

La referida perforación es una grave complicación que se produce cuando la úlcera atraviesa totalmente la pared del estómago o duodeno, contactando con el peritoneo y produciendo la indicada peritonitis. Esta se manifiesta con intenso dolor abdominal, localizado en la porción superior del abdomen (epigastrio), que comienza de forma abrupta y se describe frecuentemente como *dolor en puñalada*. Confirmado el diagnóstico de perforación o peritonitis, es imprescindible la realización de una intervención quirúrgica urgente.

Por su parte, la pancreatitis aguda, o inflamación del páncreas, se caracteriza por dolor abdominal intenso en barra que se irradia a la espalda, también de inicio rápido, pero acompañado de náuseas y vómitos en el 90% de los casos, persistiendo en horas de no ser tratado. No obstante, no se advierte la necesidad al efecto de intervención, al menos urgente o por lo general, ni que se provoque, por obvias razones, perforación en el estómago o vísceras.

Por último, la apendicitis aguda suele comenzar como un dolor repentino localizado en la mitad inferior de la región epigástrica o la región umbilical, siendo de moderada pero creciente intensidad y constante, acompañado ocasionalmente de

calambres intermitentes. Posteriormente, el dolor desciende hasta localizarse en la fosa ilíaca derecha, entre el ombligo y la espina ilíaca antero-superior, cubiendo la perforación del apéndice y, por ende, requiriendo operación inmediata.

2. El hecho indiscutible es que, teniendo dolores abdominales y náuseas o vómitos, la paciente fue atendida el día 29 de mayo de 2007, a las 15:38 horas, en su Centro de Salud, siéndole diagnosticada entonces epigastralgia o cólico biliar, con indicación de que, si empeoraba, debía ir al Hospital.

Pues bien, según se indicó antes y no cuestionan los informes emitidos, el dolor epigástrico, con una posible clínica de abdomen agudo, puede deberse a una úlcera con perforación o peritonitis y a apendicitis, pero no a pancreatitis. En este sentido, el Hospital parece haberse en principio decantado por la primera, aunque por error se cambió el diagnóstico a la segunda, mientras la Clínica L.P., dadas las señales diagnósticas, que no explicita, rechaza la apendicitis y sugiere posible perforación, sin confirmarlo y sin pronunciarse sobre pancreatitis seguramente al no tener completa información clínica y no disponer de la ecografía efectuada antes.

En esta tesitura, cabe asumir que el abdomen agudo se puede producir por varias causas y que la evolución del dolor y el estado de la paciente, mientras era asistida, tuvo lugar en menos de 24 horas. Por eso, podría aducirse que, en caso de duda, no despejada por las pruebas que debieron practicarse y que, en efecto, se practicaron y con la clínica apreciada, era pertinente optar por considerar la presencia de apendicitis aguda o, en su defecto y constatada su inexistencia, de perforación por úlcera y eventual peritonitis.

En consecuencia, procedía la intervención urgente, al ser el tratamiento apropiado y peligrar la vida de la paciente, sin tiempo, en estas circunstancias, para seguir haciendo pruebas o esperar su evolución para dar con el origen del problema y tratarlo debidamente, incluso sin intervención.

IV

1. La cuestión es que, precisamente y partiendo de la admisión de un error cometido con motivo de la asistencia de la paciente en el Servicio competente del Hospital, tras acudir con abdomen agudo, dolor en epigastrio y náuseas o vómitos y diagnóstico de epigastralgia o cólico biliar desde su Centro de Salud, no puede asumirse que se dieran las circunstancias requeridas para justificar la actuación que

se decidió hacer para tratar a la paciente y que, al final, ocasionó las secuelas o efectos correspondientes.

Tal error se asume en el informe del SIP, considerándolo un fallo de transcripción. Pero tal supuesto fallo no fue enmendado luego por los sucesivos facultativos intervinientes, pese a que la ecografía realizada, sin duda acertadamente, era sugestiva de pancreatitis y las observaciones sobre la misma y su resultado así lo indicaban, fuese porque no se volvió a mirar tal ecografía posteriormente, no se remitió en particular al Centro concertado, o no se leyeron sus observaciones.

En esta línea, consta en el expediente informe de 7 de agosto de 2007 del Servicio de Diagnóstico por Imagen del Hospital respecto a la eco urgente efectuada el 29 de mayo de ese año, indicándose entonces que los hallazgos o resultados resultaban compatibles con apendicitis aguda, nunca con perforación intestinal o peritonitis, determinando ello las actuaciones posteriores. En esta línea, el Centro concertado diagnosticó posible perforación probablemente por las razones antes señaladas, aunque, en realidad, nada de ello era correcto y no debió suceder.

Así, aun achacándolo a un error de transcripción, la conclusión debía haber sido pancreatitis aguda, y no apendicitis, de conformidad con la prueba efectuada y sus observaciones. Además, ello venía confirmado por la clínica efectivamente disponible, en función de la descripción del dolor sufrido, recogida en el propio informe, y la existencia de vómitos o náuseas. Esto es, tanto tal clínica como, sobre todo, la prueba diagnóstica apuntaban a una pancreatitis, y nunca a apendicitis o, aun menos, a una peritonitis o perforación intestinal, incompatible con aquélla.

2. En definitiva, no habría error excusable de diagnóstico tanto vistos los términos del último informe comentado, como por el hecho de que el propio SIP y dicho informante advierten su existencia inmediatamente dados los datos disponibles en su conjunto o tan siquiera la ecografía practicada.

Es más, dicho error pudo y debió ser advertido por el Servicio actuante del Hospital, que ordenó y conoció dicha prueba y disponía de la clínica de la paciente, y que debió cuando menos constatar la información disponible al rechazar al Centro concertado por erróneo el diagnóstico de apendicitis de la paciente para ser intervenida en él, sin haber excusas o justificación por la existencia de dolor abdominal y aun abdomen agudo o la posible duda inicial de diagnóstico, pues, justamente y pese a que tampoco se atendió debidamente a los datos efectivos de la clínica, se pautó la ecografía para despejarla.

Por lo demás, no puede justificarse la actuación realizada, particularmente la decisión de intervenir urgentemente, conociéndose los riesgos de la operación en general pero sobre todo en este supuesto en particular, en la necesidad de proceder así y con inmediatez por los peligros de una posible perforación intestinal. Se decidió con fundamento en un diagnóstico equivocado, que debió advertir el Servicio actuante antes de remitir a la paciente a la Clínica concertada, y que, en todo caso, debió reconsiderarse al devolverla ésta con otro diagnóstico, disponiendo de todos los datos al efecto que se mencionan en el informe de 7 de agosto de 2007. Desde luego, especialmente si estuviera justificado, resulta irrelevante el error del referido Centro concertado a este fin o, en todo caso, al de exigencia de responsabilidad del SCS por el indebido funcionamiento del servicio sanitario.

Y, por supuesto, no cabe aducir, como hace primero el SIP y luego la Propuesta de Resolución, que en todo caso procedía intervenir incluso confirmada la pancreatitis. No sólo porque no se justifica debidamente la operación hecha, con otro objetivo y no pudiendo ser utilizada ella misma como método de diagnóstico, para este tipo de enfermedad y caso sino porque no cabe asociar ésta, en teoría y menos aún en este supuesto, a una perforación intestinal.

3. Consecuentemente, existe nexo causal por las razones expuestas entre la asistencia prestada a la interesada y el daño por ésta sufrido, siendo las lesiones generadas por su inadecuada realización, de modo que su causa es imputable a la Administración sanitaria. Por ello, procede reconocer su responsabilidad y el derecho indemnizatorio de la paciente.

La Administración ha de responder íntegramente por la secuela consistente en la cicatriz producida por la eventración derivada de la operación, valorándose como daño estético en la medida que proceda según su tamaño y repercusión en la vida de la paciente, incluido daño moral por este motivo concreto.

Sin embargo, aun admitiéndose que, dadas las circunstancias, se ha generado daño psicológico a la paciente en este caso a un nivel extraordinario respecto a situaciones normales de asistencia sanitaria en que debe asumirse, en cuanto afectación propia de esta clase de asunto no imputable a la Administración, siendo por ello indemnizable su valoración y subsiguiente cuantificación, ésta ha de ser sensiblemente inferior a la solicitada justamente por esas mismas circunstancias. Y es que debió actuarse con celeridad por el posible riesgo de la eventual dolencia, existiendo abdomen agudo, utilizándose, aunque impropriamente, los medios

exigibles, y lográndose la sanación de la enfermedad que realmente tenía la paciente, si bien que de modo cuestionable.

Se considera pertinente una indemnización por este concepto, cuantificado en el 50% de la que corresponde por la anterior.

En cualquier caso, la cuantía resultante ha de actualizarse al momento de resolver, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 141.3 LRJAP-PAC, sin duda aplicable.

C O N C L U S I Ó N

Existe responsabilidad de la Administración sanitaria por el daño sufrido por la interesada, pues las lesiones que padece resultan de la asistencia recibida, aunque la reclamación ha de estimarse parcialmente en cuanto al quantum indemnizatorio, debiendo ser indemnizada como se expone en el Fundamento IV.3.