



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 8 7 / 2 0 1 2

(Sección 2ª)

La Laguna, a 14 de junio 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 J.A.L.T., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 234/2012 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 25 de abril de 2012, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 16 de mayo de 2012. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación, este último precepto, con el artículo 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP).

II

1. En el asunto sometido a consulta se cumple el requisito del interés legítimo, y, consecuentemente, del derecho a reclamar de J.A.L.T., al pretender el resarcimiento de un daño que, según sostiene, se le irrogó en su esfera personal como

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

consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues la reclamación que da lugar al procedimiento que nos ocupa se presentó en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 24 de marzo de 2009, habiéndose determinado el daño por el que se reclama el 2 de julio de 2008, fecha de alta del reclamante. Además, ya se había presentado reclamación con anterioridad, en impreso oficial de reclamaciones en el ámbito sanitario, el 3 de junio de 2008 siendo objeto de tramitación por la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios.

III

Según los términos del escrito del interesado, los hechos que son objeto de la reclamación formulada son los siguientes:

“Primero.- Que J.A.L.T. ingresó urgente por orden facultativa caminando y sin dolor aparente alguno por los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria, como consecuencia de un cuadro de ictericia en cara y ojos, además de orinar con tonalidad de «Coca-Cola», llevando consigo un informe médico del Dr. L.F.O.D. (...) el día 2 de mayo de 2008 le habían efectuado una analítica (a

través de la Cía. A.), por lo que en base a los resultados de ésta y una exploración superficial indicó que previsiblemente se trataría de un cálculo.

Segundo.- Posteriormente ya en urgencias (...) a la Doctora después de efectuarle una analítica y una exploración superficial, le preguntó que si los síntomas de la enfermedad que él padecía estaban relacionados con un cálculo, a lo que contestó sin tapujos que tal vez, pero también podría ser una hepatitis B o un cáncer, lo que corroboró más tarde en el pasillo a mi hija de 26 años.

Una vez informado que quedaba ingresado en el Hospital y esa misma noche sobre las 10:00 horas le realizaron una ecografía abdominal en la que según el informe médico, entre otros, se observó que tenía litiasis de 1,5 cm. en colédoco intrahepático y no existen signos de colecistitis.

Tercero.- El día 17 de mayo de 2008 quedó hospitalizado en espera de varias pruebas, que luego fueron eternas (17 días), según nos decían por estar los aparatos ocupados y/o, insisto nos decían, averiados, en los casos de rayos, ecografías, resonancia, endoscopia (CPRE), etc., además de diversas analíticas. Pero fue el 21 de mayo de 2008 cuando tras estar en ayunas le efectuaron endoscopia o CPRE, la que peor pasó, ya que se trata de una prueba delicada y que tal vez no debieron efectuarla si no se tiene experiencia y además teniendo en cuenta que ya se tenía el resultado de la ecografía del día 17, aun así, una vez explorado le extrajeron un cálculo y abundantes fragmentos de barro biliar, y con diagnóstico de colédocolitiasis asociada a colelitiasis, además de otros.

Cuarto.- Una vez en la habitación y después de dos días de la prueba del CPRE se le suministra comida, además de fría, dieta no recomendada, (...) por lo que a pesar de comer poquísimo, le sentó fatal, sintiéndose posteriormente, a partir de la tarde del día 24 de mayo de 2008 en mal estado de salud (...). El Dr. J. me comunica que tendría que ser operado esa misma noche, lo cierto es que no fue así, puesto que no hubo entendimiento en tomar decisiones para operar.

Se operó el día 3 de junio (transcurridos 10 días) tiempo suficiente para que la vesícula se infectase y estuviera en estado gangrenoso.

(...) Estuvo con la bomba (de morfina, prinperán y nolotil) 9 días desde el 24 de mayo de 2008, hasta que el 1 de junio de 2008 una enfermera observa que estaba con el "Sueño de Morfeo", sugiriendo quitar la bomba.

Quinto.- En cuanto al día de la intervención quirúrgica, el día 3 de junio de 2008 (...) nos hacen saber que la intervención se suspendía por falta de quirófanos hasta el día siguiente (...). Gracias a la predisposición del Dr. M.G., el cual compareció en la habitación horas más tarde, para saludarnos e indicarnos que posteriormente mi esposo iba a ser intervenido, era el momento, lo cual contribuyó a que continuase con vida.

Sexto.- Después de ser intervenido la primera vez, (...) lo pasaron a URPA (...) y por exigencias del protocolo una auxiliar de enfermería le indicó que tenía que levantarse de la cama y sentarse en un sillón que estaba próximo (...), pero (la auxiliar) resbaló cayendo al suelo (...) y se llevó por delante el drenaje que tenía él colocado, como consecuencia de ello perdió sangre (le pusieron 3 bolsas de sangre), la situación se agravó hasta el punto que lo llevaron urgentemente al quirófano para ser intervenido por segunda vez en el plazo de 24 horas.

Séptimo.- (...) Trasladado a la habitación 725B no tenía timbre para llamar a enfermería, estuvo 5 días sin él, por lo que tenía que molestar al compañero de al lado (...).

Octavo.- (...) Próximo a los días de alta clínica, tenía décimas de fiebre debido, según las pruebas analíticas, a que tenía coágulos de sangre en el interior de la herida, por lo que le quitaron casi todas las grapas que unían la herida y con una jeringuilla se los succionaron varios días hasta su cura, cerrando la herida con 2 puntos de cordel cosida mediante una aguja (...).

Pero la fiebre no remitía (...). Un día tras unas analíticas se detectó el antibiótico que deberían suministrarle para acabar con el "bicho" o bacteria (virus hospitalario) del que no fuimos informados. Estuvo en situación sobre 10 días hasta que, tras observar que llevaba 3 días sin fiebre, se le dio el alta el día 2 de julio de 2008, en un estado psicológico físico lamentable".

Se solicita indemnización que no se determina inicialmente y posteriormente se cuantifica en CIENTO OCHENTA MIL TRESCIENTOS TRES EUROS CON SESENTA Y TRES CÉNTIMOS (180.303,63 euros).

IV

En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente [artículos 42.1 y 7 y 141.3 de

la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC)].

Por otra parte, constan en el procedimiento instruido las siguientes actuaciones:

1) El 30 de marzo de 2009 se identifica el procedimiento y se insta al reclamante a mejorar su reclamación, lo que verifica el 16 de abril de 2009.

2) Por Resolución de 27 de abril de 2009, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, lo que se notifica a la parte interesada el 6 de mayo de 2009. Asimismo, se acuerda su remisión a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria, para su tramitación, lo que se hace el día 28 de abril de 2009.

3) Por escrito de 30 de abril de 2009 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que se emite el 2 de noviembre de 2011, una vez recabada la documentación oportuna.

En este informe se recogen como antecedentes los siguientes:

- *El reclamante, de 57 años de edad ingresa el día 16 de mayo de 2008 en el Servicio de Urgencias de HUNSC con cuadro de ictericia, coluria y mal estado general.*

- *En fecha 21 de mayo, bajo diagnóstico de ictericia obstructiva por coledocolitiasis se practica esfinterotomía endoscópica y extracción aparentemente completa de coledocolitiasis. Rx post-CPRE: excelente vaciamiento de árbol biliar, abundante aerobilia en colédoco e imagen de cálculo considerables dimensiones en vesícula/cístico.*

- *Tras la CPRE presentó fiebre y dolor abdominal en hipocondrio derecho. Se prescribe tratamiento antibiótico. En fecha 26 de mayo presentó ictericia. El 27 de mayo no dolor, ictericia franca, se solicita analítica y ecografía. En ecografía abdominal: vesícula biliar con múltiples litiasis y barro biliar sin signos de colecistitis.*

- *Mal respuesta al tratamiento antibiótico por lo que se decide intervención quirúrgica. En fecha 3 de junio de 2008 se practica colecistectomía abierta bajo el diagnóstico de colecistitis aguda, se objetiva coleperitoneo. Tras apertura de la vesícula extracción de cálculo enclavado y sección del cístico, paredes muy engrosadas -salida bilis clara.*

- El reclamante firmo documento de Consentimiento Informado en el que, entre otras complicaciones se hizo constar "sangrado o infección intraabdominal".

- El estudio anatomopatológico fue informado como colcistitis aguda con necrosis transmural. Colelitiasis.

- Ingresa en REA del 3 al 9 de junio de 2008. En el postoperatorio, ecografía de 5 de junio de 2008 se objetiva hemoperitoneo significativo por lo que se reinterviene. Hematoma en lecho vesicular.

- En fecha 13 de junio se extrae muestra de herida quirúrgica para remisión a Microbiología. El cultivo se informa positivo a *Enterobacter aerógenes*, sensible según antibiograma a Gentamicina, Levoflaxicina, Imipenem o Meropenem.

- El 30 de junio de 2008 se solicita eco abdominal: Vía biliar no dilatada. Se observa líquido libre entre asas con contenido ecogénico en su interior que se acumula en fosa iliaca derecha en probable relación con contenido sero-hemático. No se observan colecciones organizadas.

- Con una correcta evolución se decide el alta hospitalaria el día 2 de julio de 2008 recomendando:

Control por su médico de cabecera.

Medicación habitual previo ingreso.

Solicitar cita en Consulta de Cirugía III.

No realizar esfuerzos en un mes.

Dieta sin grasas.

En caso de fiebre, vómitos, dolor abdominal o malestar general relacionado con su enfermedad acudir a Urgencias para su valoración.

4) El 1 de marzo de 2011 comparece personalmente con el fin de acceder al expediente y solicitar devolución de determinado documento.

5) El 10 de noviembre de 2011 se dicta acuerdo probatorio donde se declara la pertinencia de las pruebas propuestas, y, dado que ya todas obran en el expediente, se declara concluida la fase probatoria. De ello se notifica al interesado el 16 de noviembre de 2011.

6) El 11 de noviembre de 2011 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, del que se notifica al reclamante el 16 de noviembre de 2011. Éste, mediante escrito

de alegaciones de fecha 26 de noviembre de 2011 refuta todas las conclusiones del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones.

7) El 3 de febrero de 2012, se emite informe propuesta de resolución por la Dirección Gerencia del Hospital de La Candelaria, cuyo contenido se incorpora a la Propuesta de Resolución de 23 de febrero de 2012, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud. Esta Propuesta de Resolución, en la que se desestima la pretensión del interesado, es informada favorablemente por el Servicio Jurídico, el 13 de abril de 2012. Así, se emite Propuesta de Resolución definitiva el 25 de abril de 2012.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante con fundamento en la documentación obrante en el expediente, y en las conclusiones del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones. Aquel informe concluía:

“1.- El paciente ingresa con cuadro de ictericia secundaria a coledocolitiasis. Por tanto, estaba indicada la realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Prueba diagnóstica y terapéutica de elección. La colecistectomía salvo complicaciones es preferible siempre que sea posible, su realización de forma programada a los dos o tres meses del episodio agudo por su menor mortalidad.

Mediante esta prueba se observó (...) una moderada dilatación de la VBP, hasta un máximo de unos 12 mm. en hepático común, siendo normal el colédoco a partir de su tercio medio (7mm). Por el contrario, la VBIH está globalmente dilatada. Se aprecia un defecto de repleción móvil, de 7-8 mm. sugestivo de coledocolitiasis. El cístico y la vesícula no se rellenan inicialmente, sino en las últimas Rx, de forma parcial; a la altura del cístico, en las primeras RX se aprecia una imagen de leve compresión extrínseca sobre la VBP aproximan, que se asocia a una leve dilatación proximal.

Se extrae cálculo y abundantes fragmentos de barro biliar. Después de la practica de CPRE se comprueba «excelente vaciamiento de árbol biliar».

El cuadro de colecistis posterior se asocia a la prueba o al mismo proceso colelitiasis, y no guarda relación con la comida como expone la reclamante. La dieta a su vez está condicionada al tratamiento, patología y estado del paciente.

Esta situación que normalmente cede con tratamiento farmacológico persistió y a pesar del planteamiento inicial de posponer la colecistectomía para realizarla de forma programada, dado la no respuesta del paciente al tratamiento obligó su realización de forma urgente.

El tratamiento de la colecistitis aguda fue adecuado, consiste en ingreso del paciente, que no fue interrumpido después de la CPRE, hidratación, analgesia y administración de antibióticos vía i.v. La cirugía de urgencia se indica en los casos que cursan con peritonitis o con complicaciones como empiema o perforación como consecuencia de la gangrena debida al proceso inflamatorio.

2. El tiempo que transcurre entre la CPRE y la intervención colecistectomía el paciente estaba ingresado bajo observación y cuidados, no había causado alta hospitalaria.

3. La complicación hemoperitoneo no está relacionada con la caída que refiere. Tanto la posibilidad de sangrado intraabdominal como de infección de herida se hizo constar en el Documento de Consentimiento Informado para cirugía abierta de la vía biliar.

4. Aporta informe médico de fecha 14 de abril de 2009 donde se señala que volvió del hospital con pérdida de masa muscular y un peso de 84 kg. En ingreso en REA en fecha 3 de junio de 2008, tras realización de colecistectomía abierta se recoge 90 kg. Por tanto, la disminución de peso que relata la reclamante no está en relación con el tratamiento realizado hasta el momento de la intervención quirúrgica”.

2. Entendemos que la Propuesta de Resolución se ajusta a Derecho, al desestimar la pretensión del interesado, aclarando todos los términos de la reclamación presentada, y justificando una adecuada *praxis* en el proceso asistencial recibido por el paciente.

Ciertamente, como se extrae de la historia clínica obrante en el expediente y de los informes recabados a lo largo de la tramitación del mismo, J.A.L.T. ingresó con un cuadro de ictericia y una analítica compatible con cuadro de colestesis, ante el cual se ingresa para estudio. No es inadecuado, pues es exigencia de la *lex artis*, ante la pregunta del paciente, informar de los posibles diagnósticos diferenciales, siendo, en este caso, dados los síntomas del paciente, de colestisis, pero también de hepatitis B o cáncer. Por ello se somete a estudio.

El orden de las pruebas realizadas es correcto (conforme a la *lex artis ad hoc*). Comenzó con ecografía en la que se diagnostica dilatación de la vía biliar principal secundaria a coledocolitiasis sin signos de colecistitis, ante lo cual hay indicación de realizar CPRE (Colangio pancreatografía retrógrada endoscópica), con la finalidad de confirmar el diagnóstico ecográfico y extraer los cálculos de la vía biliar, así como dejar una apertura (esfinterotomía) distal en la desembocadura de la vía biliar para facilitar la salida de posibles nuevos cálculos.

El paciente presenta posteriormente cuadro de dolor y vómitos, sin que se resuelva con el tratamiento médico habitual, por lo que se hacen nuevas pruebas (ecografía y colangiografía), sin objetivar datos de complicación de nuevos cálculos en la vía biliar principal.

Una vez excluida la coledocolitiasis, se actuó quirúrgicamente sobre la vesícula. Los hallazgos quirúrgicos fueron de plastrón vesicular con colecistitis gangrenosa y coleperitoneo.

Se realiza intervención quirúrgica de urgencia [colecistectomía (quitar la vesícula)], dejando drenaje, cuya función es doble: monitorizar el aspecto y cantidad de líquido de la zona operada y evacuarlos. En este caso, la evolución del paciente no se altera por la salida accidental del drenaje.

En el postoperatorio presenta una complicación habitual en este tipo de intervenciones, que figura en el consentimiento informado firmado por el paciente, máxime con los hallazgos operatorios descritos (plastrón y "Síndrome Mirizzi"), añadido a una operación de urgencia, lo que aumenta el riesgo quirúrgico, y tras CPRE previa reciente.

Esta complicación consiste en hemorragia del lecho quirúrgico y acúmulo de esta sangre en la cavidad abdominal (hemoperitoneo), cuyo tratamiento es la revisión quirúrgica, búsqueda del punto sangrante y hemostasia, que fue lo que se realizó. Además de transfundir al paciente con el fin de optimizar sus cifras de hemoglobina. Por ello se le transfundieron las tres bolsas de concentrado de hematíes a las que se hace referencia en el escrito del reclamante, sin que exista relación con el drenaje ni su salida accidental.

Finalmente, el paciente presenta infección de herida quirúrgica y fiebre postoperatoria que se trata adecuadamente con curas de la herida, remitiendo la fiebre y evolucionando favorablemente el paciente hasta su alta.

Por todo lo expuesto, ha de concluirse que el proceso asistencial descrito ha sido adecuado a la *lex artis al hoc*, siendo todas las actuaciones realizadas en tiempo y forma debidos.

Cada una de las vicisitudes descritas en la reclamación son inherentes a la propia patología del paciente.

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho, al ser la actuación de la Administración sanitaria conforme a la *lex artis* en todo momento durante la asistencia prestada al reclamante.

C O N C L U S I Ó N

Se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, por las razones expresadas en los precedentes Fundamentos.