



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 294/2012

(Sección 1ª)

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 M.Z.P., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento de servicio público sanitario (EXP. 249/2012 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), Organismo Autónomo integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma (CAC), al serle presentada por la afectada una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario, en el ejercicio del derecho indemnizatorio al efecto contemplado en el Ordenamiento Jurídico, al estimar deficiente la actuación de los servicios sanitarios.

2. La solicitud del Dictamen de este Organismo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), estando legitimada para producirla la Consejera de Sanidad (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 derecha vía laparoscopia; dos días después de ser intervenido, el paciente presentó disnea e hipotensión, empeorando en los días siguientes hasta el punto que sufrió un shock séptico como consecuencia de que la sutura realizada en la operación se abrió,

---

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

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 técnico-jurídico de la PR a realizar son tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), siendo una materia cuya regulación no ha sido desarrollada por la Comunidad Autónoma de Canarias, aun teniendo competencia estatutaria para ello.

Además, 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 comenzó con la presentación del escrito de reclamación, efectuada el 13 de septiembre de 2007, emitiéndose Propuesta de Resolución que fue objeto del Dictamen 82/2012, de 14 de febrero, según el cual procedía la retroacción de actuaciones en orden a la realización de los trámites reseñados, especialmente la emisión de informe complementario sobre los extremos que se indicaban.

Finalmente, el 11 de mayo se emitió la Propuesta de Resolución que se dictamina, vencido largamente el plazo resolutorio. No obstante, pese a que tal demora ha de conllevar los efectos administrativos pertinentes y, es claro, los económicos que procedieren, es obligado resolver expresamente [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.1 LRJAP-PAC].

2. Concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio regulado en el art. 106.2 de la Constitución (artículos 139 y ss. LRJAP-PAC).

## III

1. La presente Propuesta de Resolución mantiene la desestimación de la reclamación, en cuanto se sostiene, con base en la instrucción realizada, particularmente la información producida, que no existe relación de causalidad entre

el funcionamiento del servicio sanitario y el daño por el que se reclama. Así, de acuerdo con la referida información, no cabe sostener que la asistencia al paciente en cuestión vulnerase la *lex artis ad hoc*, haciéndosele la intervención procedente a su caso y el seguimiento procedente, con el tratamiento debido en su evolución y estado.

En este sentido, el fallecimiento por shock séptico refractario, entrando en fracaso multiorgánico, no pudo evitarse y es consecuencia de su propia enfermedad, adecuadamente tratada, sin poderse evitar su evolución pese a ponerse y aplicarse los medios exigibles al efecto, con origen en una deshicencia en la cara anterior de la anastomosis ileo-cólica, que es una complicación que figura entre los riesgos, que, aun siendo poco frecuente, puede aparecer en la operación a la que debió someterse para tratar el cáncer que padecía, pese a practicarse debidamente.

Justamente, en el documento de consentimiento informado para la resección de colón, firmado por el paciente el 29 de octubre de 2006, consta que se le informó, entre otros tipos de complicaciones propias de tal intervención, de la deshicencia de la laparotomía, con fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización e infección intrabdominal, con posibilidad de muerte.

2. Sin embargo, el informe médico del Servicio, emitido según lo antes expuesto, no sólo no dilucida convenientemente las cuestiones planteadas al respecto en el Dictamen previo; sino que, al contrario, genera nuevas dudas.

En efecto, en primer y esencial lugar, no hay explicación en realidad, y mucho menos clara y definitiva, sobre el motivo por el que, siendo una posible complicación, pero en todo caso rara o infrecuente, se produce en este caso concreto, que es el relevante, la deshicencia que ocurrió demostradamente, así como las consecuencias de la misma en esta ocasión y sin remedio, plasmándose los riesgos mencionados en el consentimiento informado.

Por otro lado, se indica, en relación con la segunda intervención y la posibilidad de que se demorase, que, sin un diagnóstico causal claro, no era recomendable porque podía complicar la situación clínica. Por eso, se practicó, sin tener la confirmación del diagnóstico de fuga anastómica, sólo por la mala evolución clínica del paciente, que presentaba, tras la primera intervención, una patología de carácter pulmonar pero no irritación peritoneal (Blumberg), que es el signo clínico fundamental de las peritonitis, mientras que el TAC practicado no era definitivo sobre la deshicencia y las burbujas intestinales podían tener otra causa.

Estas explicaciones no son satisfactorias en absoluto. Y es que debe aclararse en qué consistía la mala evolución clínica aludida, pues, desde luego, no se entiende a los fines pretendidos que una patología pulmonar postoperatoria, incluso con mala evolución clínica, se derive de una deshicencia, afecte al intestino o el peritoneo o provoque una infección allí, exigiendo nueva operación.

En otras palabras, parece más lógico entender, y ajustado desde luego a lo que realmente estaba ocurriendo, que el deterioro clínico del paciente, constante e imparable, fuese sintomático, no de una afección pulmonar, sino de una infección intestinal que evolucionaba o podía evolucionar a peritonitis, presumiblemente generada por deshicencia y fuga anastómica, que, en estas circunstancias y como riesgo conocido, cabía sospecharse para proceder a detectarse y tratarse. No sólo por la desconexión con el problema pulmonar, sino, precisamente, por existirla con una posible complicación de la intervención y su eventual efecto, máxime cuando, además, la mala evolución era compatible con infección y se disponía de datos que lo apoyaban o sugerían, aunque no fuesen definitivos o inequívocos (TAC y burbujas).

En definitiva, continúa siendo procedente, en orden al cumplimiento del deber de aportación de medios pertinentes al problema sanitario existente y su correcta aplicación en éste concreto, si la clínica observada, y su deterioro, se podía o debía relacionar con una infección, peritonitis en su momento, derivada del conocido riesgo de deshicencia y el efecto propio de ésta en la zona, y no con un problema pulmonar, con disponibilidad al efecto de los nuevos datos obtenidos antes indicados. En esta línea, aunque detectada finalmente la infección, debe determinarse si, por la demora en hacerlo y la subsiguiente tardanza en el tratamiento de la misma, debía haberse realizado tan pronto se detectó, pese a su posible riesgo, la segunda intervención, sin esperar como se hizo en esta ocasión, siendo entonces ineficaz, en orden a que así se contuviera la infección, perdiendo el paciente por ello esta oportunidad.

Por lo tanto, se debe emitir un nuevo informe del Servicio contestando a estas cuestiones, de forma concreta; es decir, haciendo referencia a este asunto y a las características personales del paciente. Tras ello, se le debe otorgar de nuevo trámite de audiencia a la interesada y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución, a remitir a este Organismo para su Dictamen.

## **C O N C L U S I Ó N**

Considerándose formulada inadecuadamente la Propuesta de Resolución por las razones expuestas, sin haber un pronunciamiento de fondo, en consecuencia, procede completar la instrucción con la emisión de informe médico sobre las cuestiones planteadas en el Fundamento III, con subsiguiente realización de las restantes actuaciones allí expresadas.