



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 346/2012

(Sección 1ª)

La Laguna, a 10 de julio 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 I.V.V.B., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 289/2012 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Mediante escrito de 25 de noviembre de 2011, la Consejera de Sanidad solicita preceptivamente dictamen por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.B.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 12 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 incoado a instancia de I.V.V.B. (la reclamante) por daños que, según alega, le causó la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS), consistente en un mal diagnóstico y tratamiento que obligó a la realización de una intervención quirúrgica con secuelas (colectomía total).

Por este motivo reclama el abono de la factura correspondiente a los gastos derivados de la operación, ascendiendo la misma a la cantidad de 8.142 euros.

2. Este asunto retorna a este Organismo una vez que la Administración sanitaria ha cumplimentado la retroacción de actuaciones dispuesta en anterior Dictamen emitido al respecto (DCC 28/2012, de 19 de enero), instando fundamentalmente que se emitiera informe complementario con el alcance que seguidamente se indica.

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

“Posibilidad de detección de íleo paralítico en la Sanidad pública, conocida la enfermedad de base, los antecedentes de tratamiento quirúrgico y su evolución, así como los síntomas constantes y agravados de la paciente, especialmente antes de que lo hiciera el Centro privado.

Procedencia de los medios diagnósticos utilizados en la valoración de la evolución de la enfermedad para conocer debidamente su estado y, en particular, pertinencia del uso, dadas las circunstancias y el estado de la paciente, de los que permitieron al Centro privado detectar íleo paralítico.

Posibilidad de error al diagnosticarse dolencia lumbar en la paciente, en conexión con su enfermedad y síntomas, y efectos que ello pudo tener en su evolución o agravamiento y el limitado éxito de la ulterior intervención.

Consecuencias de la demora en la detección del íleo paralítico para el éxito de dicha intervención, al agravarse la evolución de la enfermedad, o influencia que el retraso en su realización por la no detección a tiempo tuvo en sus consecuencias desfavorables adicionales que cita la paciente”.

Adoptada la retroacción correspondiente, se emitieron informes del Servicio de Cirugía General y Digestiva (13 de febrero y 7 de marzo) y del Servicio de Inspección (14 de marzo), con traslado a la reclamante, formulándose finalmente PR, de nuevo desestimatoria.

3. En cuanto al procedimiento seguido, nos remitimos a lo ya manifestado en el Dictamen emitido previamente, reclamación en plazo y por persona legitimada, tramitándose la reclamación por la Administración competente y efectuándose los trámites previstos en la regulación aplicable a los fines de la instrucción.

II

1. Respecto a los hechos, se recuerda que, según la interesada, fue diagnosticada de enfermedad de Hirschprung al nacer, habiendo sido intervenida en seis ocasiones, aparte de una apendicectomía, en el intervalo de pocos años en relación con dicho padecimiento.

Permaneció asintomática los años siguientes, hasta que el 29 de agosto de 2004 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil con dolor cólico en hipogastrio. Tras un período de observación, se le dio el alta al considerarse que aquél era debido a adherencias derivadas de las numerosas intervenciones antes

referidas, con diagnóstico de tumoración anexial y recomendación de visita a consultas externas de ginecología para estudio.

El 8 de noviembre de 2004 la reclamante acudió a cita ginecológica, siendo dada de alta con la indicación de que no era necesario realizar ninguna intervención, debiendo tomar analgésicos para el dolor y acudir al ginecólogo de zona para control.

Sin embargo, al persistir los dolores su médico de cabecera la remite en agosto de 2005 a consulta de Cirugía General en el Hospital Dr. Negrín y, realizadas colonoscopia y ecografía simple, se concluye que no hay determinación del origen de aquéllos al no mostrar las pruebas su causa, por lo que pudieran tener carácter psicológico.

No obstante, la misma médico de cabecera la deriva a Traumatología en abril de 2006 al tener dolor lumbar. Se realizan TAC y RX en la zona y recibe el diagnóstico de lumbalgia por tensión del músculo, sin apreciarse otra cosa, con recomendación de natación y ejercicios de fortalecimiento en zona lumbar.

Durante el año 2006, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud del Puerto y del Hospital Dr. Negrín por las mismas causas, siendo tratada con nolutil y remitida a domicilio cada vez, sin obtener respuesta curativa a sus dolencias, por lo que decide contratar un seguro médico privado.

El 24 de septiembre de ese año se presenta en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud con fuerte dolor e hinchazón de estómago, náuseas y vómitos, tras haber estado cinco días sin defecar. Después de tratársele el dolor y las náuseas, es enviada a casa, pero, al llegar, el dolor se incrementa, por lo que acude al Servicio de Urgencias de la Clínica privada S.C., donde se le realizan varias pruebas y queda ingresada con el diagnóstico de íleo paralítico.

Por último, es intervenida en dicha Clínica con realización de colectomía total, confirmándose megacolon y síndrome de adherencia, con obstrucción tubárica o hidrosálpinx bilateral, y atrofia ovárica derecha con quiste asociado. A consecuencia de la operación, ha de realizar deposiciones semilíquidas de 4 a 7 veces al día y sólo podrá concebir tras un tratamiento de fecundación *in vitro*.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) sostiene que, a la luz de los datos disponibles, la asistencia sanitaria prestada a la reclamante fue siempre la adecuada al caso.

Así, la enfermedad de Hirschprung padecida de nacimiento es una dolencia congénita caracterizada por la ausencia de células ganglionares en el cólon que causa alteración en la motilidad; razón por la que la intervención quirúrgica realizada finalmente a la reclamante se conecta con el proceso evolutivo de la enfermedad de base.

Y es que, aunque el diagnóstico previo a la operación fue el de megacolon con íleo paralítico por enfermedad de Hirschprung, hasta entonces no había sido precisa la cirugía porque las molestias presentadas (estreñimiento, dolor) habían sido resueltas con tratamiento farmacológico. Por eso, no ha existido nunca error diagnóstico o de asistencia, sino evolución de una enfermedad que fue valorada y tratada, en cada fase, según la sintomatología presentada. Además, tanto el quiste ovárico derecho quístico, como la hidrosalpinx no tienen relación con la sintomatología de megacolon y las adherencias derivadas de la enfermedad original y las intervenciones iniciales para tratarla.

En otras palabras, la interesada padecía una enfermedad al nacer de difícil curación, pese a ser intentado varias veces con cirugía, con años de evolución tratable, pero no sanable. En este cuadro se inscribe el episodio de íleo paralítico detectado en septiembre de 2006, con disminución de peristaltismo intestinal, hipersensibilidad y distensión abdominal, náuseas y vómitos. Es en este momento cuando ocurre, existiendo megacolon agangliónico, el estadio final de la enfermedad innata que ahora requiere intervención quirúrgica, aunque la reclamante, pese a estar pendiente de ser operada en Centro público en enero de 2007, decidió que la operación se efectuara en Centro privado.

III

1. La cuestión a dilucidar, pues, a los fines que aquí interesan es si la asistencia sanitaria pública recibida fue ajustada a la *lex artis*, con medios exigibles y adecuado uso de éstos, desde agosto de 2004 hasta finales de 2006, sobre la base del conocido padecimiento de la enfermedad de Hirschprung y su inevitable evolución, con sus características, efectos y correspondiente sintomatología. Es decir, si con este presupuesto fueron correctos los correspondientes diagnósticos y tratamientos de tal asistencia, o no lo fueron sin justificación o motivo, al menos para resolver con anterioridad el estado concreto de la paciente y, por ende, impedir sufrimientos y secuelas innecesarias o evitables.

En este sentido, se observa que, hasta realizarse la intervención en Clínica privada, la sanidad pública se había limitado a tratar a la paciente de dolencias o dolores intestinales y de otro tipo (lumbares), pero sin anticipar ni detectar aparentemente la evolución del megacolon agangliónico o su efecto de íleo paralítico; motivo por el que este Organismo se planteó en su Dictamen precedente la posibilidad de una errónea o inadecuada apreciación del estado evolutivo de la enfermedad básica, siendo ésta la causa de la petición de informes complementarios, con retroacción de actuaciones.

2. En informe de febrero de 2012, el Jefe de Servicio de Cirugía Digestiva señala que el íleo paralítico se manifiesta por falta de motilidad del intestino delgado y grueso, como consecuencia de numerosas causas desencadenantes, particularmente el aganglionismo del cólon producido por la enfermedad de Hirschprung, surgiendo megacolon. Pero advierte que no disponía de datos histopatológicos de existencia de tal enfermedad en la paciente, al no constar en su historia clínica, obviamente al no realizarse las pruebas pertinentes para tal enfermedad, ni tampoco siquiera del diagnóstico confirmatorio tras la intervención realizada. También observa que la paciente ha sido tratada de crisis de suboclusión intestinal varias veces, resolviéndose con tratamiento farmacológico, y que consta realizadas colonoscopia y ecografía sin conclusión de estado patológico.

En definitiva, al no intervenir en la operación y no conocer las pruebas diagnósticas que la determinaron, no podía valorar la existencia de íleo paralítico o de íleo mecánico y de megacolon que, junto a las adherencias de las anteriores intervenciones y un hidrosalpinx, podían causar las molestias que refería la enferma.

Posteriormente, en informe de 7 de marzo de 2012 el mismo especialista reconoce que la enferma padece megacolon agangliónico, propio de la enfermedad de Hirschprung, confirmado por el estudio anatomopatológico practicado tras la intervención quirúrgica realizada. Añade que, si el diagnóstico se hubiera conocido en agosto de 2005, se debió solicitar biopsia de recto para confirmar agangiolonosis, al ser éste el segmento más afectado, y proceder en consecuencia.

Sin embargo, no hay en la historia clínica previa (2004, 2005 y 2006) documentación que confirme el diagnóstico de la enfermedad de nacimiento, ni del megacolon ha de suponerse, mediante datos histopatológicos. En este sentido, indica que las molestias lumbares (2006) no tienen que ver con las antedichas enfermedad y dolencia. Y también que no debe confundirse el íleo paralítico, correspondiente a

megacolon secundario a la enfermedad de Hirschprung, con íleo mecánico que puede ser producido por las adherencias generadas tras las intervenciones efectuadas, después del nacimiento, a la paciente.

Justamente, el especialista concluye que el íleo paralítico asociado al megacolon agangliónico lo tiene la paciente desde hace tiempo, mientras que el mecánico derivado de adherencias puede manifestarse en cualquier momento, como sucede en cualquier enfermo que ha sufrido laparotomía, sin causa concreta y sin detectarse en 2006. Por eso, en cuanto más se demore la cirugía del megacolon, éste será mayor. Y, es de suponer, más grave el íleo paralítico.

El informe posterior del SIP mantiene que la paciente ha tenido íleo paralítico durante años por su enfermedad y el consiguiente megacolon, cabiendo el íleo mecánico así mismo por alguna causa, posiblemente por adherencias de intervenciones previas. En esta línea, sostiene que el diagnóstico de la Clínica privada y el estudio posterior tan solo reiteran el producido en Centros públicos.

Sin embargo, no constan efectuados entre 2004 y la intervención tales diagnósticos o la realización de estudios determinantes. Así, aunque la paciente fue asistida de problemas u oclusiones intestinales, no se tuvo conocimiento del estado evolutivo del megacolon o, aun menos, de su evolución avanzada y de íleo paralítico grave, apreciado tan solo en Clínica privada en 2006 tras las pruebas pertinentes, sin haberse detectado entonces o antes íleo mecánico.

3. La línea argumental de la Administración Sanitaria, que acoge la Propuesta de Resolución, es que el íleo paralítico diagnosticado en septiembre de 2006 es propio de la existencia de megacolon agangliónico por la enfermedad de Hirschprung, como estadio final de la evolución de esta enfermedad y estado del colon, exigiendo entonces cirugía. Esto es, no siendo curable la enfermedad o evitable su evolución, sin embargo sólo requiere ser intervenida en su fase final al surgir el íleo paralítico grave, pudiendo previamente ser tratada antes por otros medios, como los farmacológicos, aquí utilizados debidamente y con éxito.

Sin embargo, esta argumentación viene contradicha con la información de la historia clínica y de los informes emitidos por especialista, especialmente el segundo, al menos a los efectos relevantes en este caso y, por ende, a la existencia de responsabilidad por no actuarse diligentemente o hacerse con demora inexcusable, al contrario de lo sucedido con la intervención del Centro privado, acertado en su diagnóstico y tratamiento de la paciente, pero sin poder ya evitar las secuelas producidas.

Así, desde 2004, la paciente acudió a Centros públicos con dolores y molestias propios de enfermedad intestinal y sospechosos de problemas de íleo, sobre todo porque, habiendo sido diagnosticada desde el nacimiento de la enfermedad en cuestión, con varias intervenciones de relativo pero no total éxito, tenía megacolon en conocida evolución que podía generar tal efecto. Pese a ello, en su historia clínica correspondiente a la fase que comienza en 2004, cuando acudió por vez primera a Centro público con esos síntomas, no se efectúa estudio histopatológico de la enfermedad o de su evolución y, por ende, ilustrativo de la situación del megacolon y del correspondiente íleo paralítico, que padecía, no solo entonces, sino desde hacía años.

En esta línea, se advierte por especialista que, en un estado avanzado de la enfermedad, existiendo íleo paralítico grave por un megacolon agangliónico en estado evolutivo avanzado, no sólo se requiere cirugía, sino que, cuando más se demore ésta, el megacolon es mayor y, por tanto, el problema del íleo más grave. La consecuencia lógica habría de ser que la solución quirúrgica es menos eficaz, con menor éxito y más secuelas.

En este orden de cosas y de acuerdo precisamente con lo expresado por la Administración y a la vista del informe complementario, resulta que la paciente tenía megacolon con íleo paralítico en 2006 y también en 2005 y en 2004, reactivado tras cierto período no activo, agravándose por su propia evolución en su momento. En este contexto, no parece entendible que la colonoscopia y el estudio radiológico efectuados en 2005 no determinaran un estado patológico en la paciente, salvo error o, cuando menos, sin descartar un cuadro clínico en la paciente propio, inevitable y reconocidamente, de la enfermedad de Hirschprung y que padeció, con megacolon en admitida evolución, no pudiéndose en ningún caso considerar que no existían tal enfermedad o su efecto y, consecuentemente, problemas en íleo y recto, como confirman los hechos o síntomas y asumen los informes emitidos.

Ha de concluirse, pues, que la paciente estaba en la última fase de la evolución de su enfermedad o entrando en ella entre 2004 y 2005 o, en todo caso, en 2006, debiéndose haber confirmado la situación, pese al resultado no concluyente de las referidas pruebas, mediante biopsia o estudio histopatológico al ser pertinente dados los síntomas mostrados por la paciente dentro del reconocido marco evolutivo de su enfermedad, como informó el especialista, cuestionando al respecto la falta de datos desde 2004 hasta 2007 en la historia clínica de la interesada.

Sin embargo, no se realizaron estos estudios, exigibles por el conocimiento de la enfermedad de la paciente y su inevitable evolución, con los efectos correspondientes, en relación con las molestias y síntomas detectados, por lo que no conocía el estado evolutivo del megacolon y la gravedad del íleo paralítico; razón por la que es razonable que la paciente, ante la inactividad de la asistencia pública y la persistencia de sus dolores y otras dolencias, acudiera a la sanidad privada para ser tratada.

Y, en efecto, enseguida y mediante las pruebas pertinentes, sin duda disponibles en la pública, la Clínica actuante acertó con el diagnóstico, efectuándose inmediatamente la necesaria intervención, pero sin poder evitar la colectomía total a practicar las secuelas producidas; que incluso podrían haber sido mayores con toda probabilidad si, a mayor abundamiento, la paciente hubiese esperado a que se le realizara en enero como, pese a todos estos antecedentes, se programó por el SCS.

4. Por consiguiente, ha de considerarse que existe nexo causal entre el daño sufrido por la interesada, derivado de las lesiones resultantes en forma de secuelas, y el funcionamiento, inadecuado en los términos y por las razones reseñadas, del servicio público sanitario, en relación con la asistencia recibida por la paciente entre 2004 y 2006 en Centros públicos y respecto a la enfermedad que padecía desde su nacimiento, con megacolon en evolución y con efectos de íleo paralítico en esas fechas.

Así, debieron haberse efectuado los estudios necesarios al efecto, conectando las pruebas realizadas antes a esa realidad y complementándolas debidamente, con pertinente y exigible determinación del estado evolutivo del megacolon y, a su vista, práctica inmediata de la operación requerida. Al no efectuarse estas actuaciones indebidamente, sin prestarse los medios adecuados o aplicarse éstos insatisfactoriamente, tal evolución alcanzó sin control su estado final y la intervención se demoró impropriamente, no pudiéndose evitar las secuelas generadas.

En consecuencia, la indemnización a otorgar a la interesada por daños derivados de sus lesiones, aun pudiéndose valorar al respecto las secuelas sufridas en función de su evitabilidad o limitación con una intervención en tiempo y forma, ha de ascender en todo caso a la cantidad solicitada, siendo indemnizables los gastos derivados de la operación producida en Centro privado, ajustándose además la cuantía al momento de resolver (art. 144.3 LRJAP-PAC).

C O N C L U S I Ó N

Por las razones expuestas, existe nexo causal entre las lesiones de la interesada en forma de secuelas por la intervención sufrida, debiendo ser indemnizada como se señala en el Fundamento III.4.