



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 9 4 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 de septiembre de 2013.

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. 293/2013 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### 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, a la hora de hacer constar el desarrollo del hecho lesivo padecido por su padre, es preciso

---

\* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

tener en cuenta lo expuesto 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, que 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).

4. 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. 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 su 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 computarizada (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 realizársele 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, un 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, retirándosele 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 y, posteriormente, tras la correspondiente tramitación procedimental, el día el 16 de febrero de 2012, se emitió la Propuesta de Resolución, que fue objeto del Dictamen 171/2012, de 28 de marzo, por el que se solicitó la emisión de un informe complementario del Servicio y que se le requiriera al reclamante la documentación acreditativa de su legitimación, pero, si bien tal informe se emitió correctamente, no consta en el expediente remitido a este Organismo que se realizara dicho requerimiento.

El día 11 de abril de 2012 se dictó la Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se retrotrajo el procedimiento y, tras otorgársele el trámite de vista y audiencia al reclamante, el 10 de junio de 2013 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 ha resultado acreditado que la actuación del Servicio se ha prestado conforme a la *lex artis*, incidiendo, de forma directa y exclusiva en el resultado final, la propia patología del afectado.

2. En lo que se refiere a la actuación médica en este caso concreto, ha resultado demostrado en virtud de los informes obrantes que el afectado, no sólo por la patología que sufría en su páncreas, un adenocarcinoma de la ampolla de Vater, definida por el Doctor informante como enfermedad maligna, sino por sus padecimientos previos, insuficiencia renal y cardiopatía hipertensiva, tenía un riesgo altísimo de mortalidad postoperatoria.

Así mismo, también se ha demostrado que la neumonía intrahospitalaria que padeció, sufrida por la depresión inmunitaria propia del cáncer que padecía y derivada también de la compleja intervención a la que se sometió y la peritonitis que sufrió durante el proceso, fueron tratadas convenientemente, llegando a superarlas y reiniciando, incluso, la nutrición enteral el 23 de febrero de 2006.

3. Además, constan en los distintos documentos correspondientes al consentimiento informado que la dudodenopancreatectomía cefálica, que se trata de la intervención quirúrgica de mayor complejidad existente en el ámbito de la cirugía del aparato digestivo, como informa el Doctor experto en la materia, entrañaba como riesgo, primeramente, la pancreatitis del muñón pancreático, que se trató de evitar por todos los medios médicos posibles y de forma correcta y que influyó en su mala evolución postoperatoria.

Además, implicaba, al afectar necesariamente dicha intervención al aparato digestivo -con la reconstrucción del mismo (realizándose una gastro-yeyuno-anastomosis)- la posibilidad de deshicencia de la anastomosis, que inevitablemente se produjo y que se incluyó en dicha documentación.

4. Por lo tanto, con base a lo actuado durante la fase de instrucción del presente procedimiento, cabe afirmar que con la finalidad de lograr la curación de los graves padecimientos del afectado se pusieron a su disposición la totalidad de los medios materiales y humanos con los que cuenta el SCS, actuándose en todo momento de forma correcta e informándose suficientemente al afectado y a sus familiares de los

riesgos propios de las intervenciones que se le realizaron, siendo, pese a todo ello, inevitable su padecimiento.

En este sentido, no ha aportado el interesado prueba o documento alguno que desvirtúe las afirmaciones anteriormente referidas.

5. Así, por tal motivo, no concurre relación causal entre el funcionamiento del servicio y el fallecimiento del afectado.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación presentada, es conforme a Derecho.