



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 11 de febrero de 2014.

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.R., J.Á.P.R. y L.M.P.R., por el fallecimiento de J.P.P., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 3/2014 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de Salud (SCS), por daños que se alega se han producido por el funcionamiento del servicio público sanitario. Por los afectados se presenta reclamación en ejercicio del derecho indemnizatorio reconocido en el art. 106.2 de la Constitución, exigiendo la correspondiente responsabilidad patrimonial del titular del Servicio de Urología afectado por la que se estima deficiente actuación.

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), estando legitimada para solicitarla la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. Los reclamantes -esposa e hijo- que actúan en nombre del fallecido, manifiestan que este último fue intervenido quirúrgicamente los días 17, 21 y 28 de marzo de 2006, produciéndose el *exitus* el día 27 de abril de 2006 en el Hospital General de La Palma con el siguiente diagnóstico: "shock séptico por *escherichia coli* betalactamasa de espectro; fracaso multiorgánico secundario; insuficiencia renal

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

aguda; coagulación intravascular diseminada. Lesión pulmonar aguda; shock hipovolémico con anemia aguda por hematoma retroperitoneal". Los interesados achacan el fatal desenlace a la primera intervención quirúrgica efectuada por el facultativo especialista del Servicio de Urología, que actuó de forma negligente, tal y como se desprende de la documental que se adjunta al expediente. Por ello, los interesados reclaman de la Administración sanitaria que les indemnice con la cantidad de 180.000 €.

4. Son de aplicación en el análisis a efectuar, 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). Además, la legislación reguladora del servicio sanitario prestado, aplicable al caso, tanto la básica estatal como la autonómica de desarrollo, particularmente la Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias, y sus reglamentos.

II

1. El procedimiento comenzó con el escrito de reclamación formulado el 12 de febrero de 2007, que fue presentado el 4 de abril de 2007 en la oficina de Correos y, finalmente, registrado de entrada en la Administración el 2 de mayo 2007. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un dictamen que analice el fundamento sustantivo de la pretensión resarcitoria.

El día 1 de octubre de 2007, se dictó la Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación.

El 5 de septiembre de 2013, se emitió una primera Propuesta de Resolución y el 19 de diciembre de 2013, tras la emisión del informe de la Asesoría Jurídica Departamental de la Secretaría General de SCS, se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

2. De acuerdo con el art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que se ha superado ampliamente en este procedimiento; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aún vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

3. Concurren los requisitos constitucional y legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio, recogido en el art. 106.2 de la Constitución y desarrollados en los arts. 139 y ss. LRJAP-PAC.

III

1. La asistencia sanitaria prestada al paciente se resume en el informe elaborado por el Inspector médico en el que se valoran los distintos informes médicos que allí se indican; y se desprende, asimismo, de la documentación clínica que consta en el expediente. La secuencia de los hechos es la siguiente:

A. El 16 de marzo de 2006, el afectado ingresa en el Hospital General de La Palma para practicarle intervención quirúrgica de la próstata, firmando ese mismo día el consentimiento informado para adenomectomía o prostatectomía abierta, que consta. También figura el consentimiento del paciente en fecha 16 de marzo de 2006 para lista de espera quirúrgica y práctica de la intervención de adenoma de próstata.

B. El 17 de marzo de 2006, se le practica prostatectomía abierta retropúbica. Durante la intervención hubo que transfundirle al paciente varios concentrados de hemáties. Por lo que respecta a la hoja quirúrgica relativa a la primera intervención, que es la que en este proceso interesa, se indica como diagnóstico postoperatorio "adenoma de próstata" (en realidad, el diagnóstico postoperatorio fue el sorprendente adenocarcinoma). No obstante, lo relevante aquí es la complicación quirúrgica dado que se trataba de "próstata con un lóbulo izquierdo terriblemente irregular duro y fibroso tan adherido a cápsula que hay que enuclearlo junto con la misma, dejando un defecto que se ha de reconstruir suturando vejiga a pubis (...)". Por ello, se decide el traslado del paciente a la UCI.

C. El informe anatomopatológico es de adenocarcinoma de próstata Gleason 9. El informe del Servicio de Urología del Hospital General de La Palma indica que la intervención quirúrgica utilizada para un adenoma de próstata es la correcta o normal, pero si la citada técnica se utiliza para operar un adenocarcinoma de próstata, según el Servicio de Urología, "normalmente suele resultar una intervención tormentosa y de difícil resolución, ya que los focos de carcinoma son duros y se encuentran adheridos a cápsula prostática, por lo que es imposible realizar la enucleación digital del fibroadenoma sin desgarrar la cápsula prostática por uno o varios sitios, y si el adenocarcinoma de próstata no está en el órgano confinado, sino que se extiende fuera de la cápsula, más complicada es la intervención".

Por otra parte, durante la evolución clínica en la UCI, el 18 de marzo de 2006 se expone el plan a seguir: "realización de ecografía abdominal para descartar líquido libre intraabdominal y valorar posible reintervención (...)". Y se solicita "analítica/RX T".

Se realiza ecografía abdominopélvica el día 18 de marzo de 2006, esto es, el día siguiente a la intervención, con el siguiente resultado: "se aprecia líquido libre intraperitoneal perihepático, alcanzando un espesor máximo de 1 cm. por delante de la posición anterior del lóbulo derecho. Hay una pequeña cantidad de líquido intraperitoneal periesplénico y también una muy escasa cantidad en región pélvica, entre asas intestinales", debido al estado del paciente.

D. El 21 de marzo de 2006, se reinterviene por sangrado incoercible. En el informe de alta de UCI se observa en el punto "Evolución" lo que sigue: "(...) el día 21 de marzo de 2006, sobre las 14:30 horas, cuando el paciente estaba ya de alta para pasar a la planta de Urología presenta de forma brusca episodio de sudoración, malestar y posteriormente hipotensión y sangrado importante por sonda vesical y drenaje con caída de hematocrito, se comenta con el facultativo de Urología en Servicio de guardia y dada la persistencia del sangrado e inestabilidad hemodinámica se decide su intervención; desde el punto de vista anestésico, difícil intubación, inestabilidad hemodinámica precisando apoyo inotrópico, volumen y transfusión, los hallazgos quirúrgicos: identificación del vaso sangrante, haciendo hemostasia y se recoloca la sonda vesical (estaba fuera de la vejiga). Posteriormente, pasa de nuevo a nuestro Servicio con inestabilidad hemodinámica, deterioro de la función renal por lo que se mantiene bajo efecto sedación y analgesia durante unas 24 horas a la espera de mejoría (...). El día 28 de marzo de 2006, se decide realizar TAC abdominal de control dado el aumento de los leucocitos, PCR y dolor difuso abdominal (difícil de delimitar), hematoma retrovesical. Se habla con urólogo de guardia que decide intervención quirúrgica; a las 3:00 del día 29 de marzo de 2006 regresa de quirófano tras unas 5 horas de intervención, sin incidencias anestésicas; se objetiva que la orina que drena en el campo no procede de la vejiga sino que tras inyectar azul de metileno se ve, no sin dificultad por magma fibroso que ocupa la cara posterior de la vejiga y la celda de las vesículas seminales, que ambos uréteres eyaculan en retroperitoneo, se realiza el reimplante de ambos uréteres en puño camisa y colocación posterior de catéteres JJ (...)".

E. El 28 de marzo de 2006, se practica la tercera operación debido a un cuadro séptico y a que los drenajes no funcionaban bien. El paciente se estabiliza y se decide su traslado al HUC.

F. Por lo que se refiere a la asistencia prestada al paciente en la UCI, la hoja de ingreso señala lo siguiente:

“Motivo de ingreso: (...) procedente de quirófano tras postoperatorio de adenoma de próstata y sangrado masivo junto politransfusión -no se indica el adenocarcinoma de próstata-.

Antecedentes personales: no alergias. DM tipo 2. HTA. Dislipemico. Exfumador. EPOC leve. Hipotiroidismo primario. Colectectomizado en 2003 por pancreatitis litiásica. Divertículo de Meckel en ileon terminal no complicado. Hernia de hiato. Epitelioma basocelular en cara (3 zonas) exéresis en 2004. PCO (Tratamiento habitual) eutirox 50/24 h., proscar, ADO, Capoten.

Historia actual: ingresa por cirugía programada por adenoma prostático sintomático. Se realiza prostatectomía suprapúbica; durante la intervención hemorragia intraoperatoria severa (4400 de pérdidas sanguíneas en una hora). Se inicia la operación con anestesia intradural. Durante el sangrado hipotensión severa, se procede a IOT, conexión a ventilación mecánica, episodio de broncoespasmo posterior, TA 60/30. Se administra Efedrina, Dopamina, Eufilina, Actocortina, 3 unidades de plasma, 7 concentrados hematíes, 1000cc volumen, y 3500 cristaloides, 20 mg. de furosemida. Desde el punto de vista quirúrgico próstata irregular adherida a cápsula por lo que se enuclea dejando defecto que se reconstruye suturando vejiga a pubis. Se deja drenaje tipo Blake en Retzius. Dadas las complicaciones se consulta con UCI e ingresa”.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al considerar el órgano instructor que no concurren los requisitos necesarios que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración pública. Concretamente, en el Fundamento de Derecho 7º, apartado primero, se indica: “La primera intervención, objeto de la reclamación de 17 de marzo de 2006, consistente en adenomectomía o prostatectomía abierta, ésta es una técnica adecuada para operar los adenomas de próstata, en un paciente de 76 años, con próstata aumentada de tamaño, tacto rectal no sospechoso y PSA bajo. Es en la propia intervención en la que se encuentra

el foco carcinomatoso, sin existir sospechas anteriores de cáncer de próstata, intentando entonces modificar la intención quirúrgica con el fin de extirpar en lo posible el cáncer de próstata. Por lo que se actuó conforme a la *lex artis*, empleando los medios y la técnica adecuada, lo que no evita que la intervención fuera muy complicada y pudiera conllevar a complicaciones, como se expone en el informe de 20 de junio de 2008, del Servicio de Urología del Hospital General de La Palma (...)."

2. Para un ajustado enfoque del asunto que nos ocupa, hay que distinguir dos fases o momentos diferentes en los que se desarrolló la asistencia que el paciente recibió por parte de los facultativos en el Hospital General de La Palma:

A. Comenzando por la segunda fase, y con arreglo a la argumentación de la PR que se ha reproducido, se puede calificar como correcta la actuación profesional en lo que se refiere a la práctica quirúrgica, al observar el cirujano la existencia de un adenocarcinoma de próstata, elemento no previsto ante el que debe actuar de forma inminente; incluso sin necesidad de recabar el consentimiento informado, pues la ausencia de ese consentimiento no determinaría responsabilidad a los facultativos que pueden llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables cuando exista riesgo inmediato y grave para la salud del paciente que no se encuentre en condiciones de autorizar aquéllas, consultando, si las circunstancias lo permiten, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

En el presente caso, el paciente ingresó con un cuadro de adenoma de próstata grave en el Servicio de Urgencias y en el momento de la intervención se observó un adenocarcinoma de próstata, lo que exigió el cambio de la técnica prevista al verse el cirujano obligado a prestar una asistencia médica dirigida a salvaguardar la vida de su paciente (véase, en este sentido, SSTC 120/1990, de 27 de junio, FJ 7, y 154/2002, de 18 de julio, FJ 2). Todo ello sin perjuicio de que, debido a las circunstancias de la enfermedad no previamente diagnosticada, el afectado sufriera un sangrado masivo con la consiguiente politransfusión (este riesgo -aparición de una hemorragia- consta como probable, habiendo sido informado y consentido por el paciente con anterioridad a la intervención quirúrgica).

Con carácter general, los facultativos deben afrontar una situación de urgencia vital mediante intervención quirúrgica inmediata cuya omisión podría suponer negligencia. En este caso, el SCS intervino para evitar un resultado luctuoso, sin recabar el consentimiento informado del paciente que no se encontraba en condiciones de prestarlo. Por ello, se entiende que hubo una actuación médica irreprochable y adecuada a la *lex artis ad hoc*.

B. Sin embargo, en cuanto a la primera fase, este Consejo considera que se ha producido una actuación inadecuada, toda vez que el facultativo que diagnosticó al paciente de adenoma de próstata no dispuso, en el preoperatorio, de todos los medios médicos necesarios que hubieran podido llevar a la detección de la enfermedad que posteriormente fue observada e intervenida en quirófano. Es decir, que en este concreto momento hay responsabilidad patrimonial a resultas de la deficiente práctica de todas aquellas pruebas médicas indispensables que se requieren con anterioridad al sometimiento de cualquier persona a una operación.

A esta conclusión se llega tras el detenido análisis de los documentos que figuran en el expediente, de los que se desprende que el facultativo que atendió en primera instancia al paciente le indicó un tratamiento farmacológico para la hiperplasia benigna de próstata, procediendo a intervenirlo quirúrgicamente tras un episodio de retención aguda de orina. El médico señala que no existían indicios que le hicieran sospechar de cáncer de próstata, habiéndosele practicado al afectado 10 tactos rectales desde 1997, cinco ecografías (sin especificar fecha) y en el año 2003 analítica de Antígeno Prostático Específico (PSA), de la que no se desprendía sospecha de neoplasia maligna de próstata. Por otra parte, se observa que en el año 2006 al afectado se le realiza ecografía, pero de tiroides. La ecografía de abdomen y colangiografía se le practican en 2003 y 2004, respectivamente. Años más tarde, el afectado fue valorado en consulta por el médico que le intervino por primera vez, el 9 de febrero de 2006; y si bien no consta la solicitud de práctica de prueba alguna previa a la intervención, del examen del expediente se infiere que la única prueba complementaria que se le realiza es una ecografía (sin especificar ni fecha), por la que se le diagnosticó adenoma de próstata. Además, en el listado de notas de 16 de marzo de 2006, con carácter previo a la operación, se indica que el afectado era diabético portador de sonda permanente y con intolerancia a la misma

El paciente ingresa el 15 de marzo de 2006 para intervención de prostatectomía púbrica. El 16 de marzo, el comentario de Enfermería señala que se prepara para intervención, aunque nada dice acerca de la preparación realizada al efecto, interviniéndose al paciente el día 17 de marzo.

Pues bien, el informe del Jefe de Servicio de Urología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, de 26 de diciembre de 2006, destaca lo siguiente:

“Tras la lectura minuciosa de la documentación aportada hecho (sic) en falta información del estudio preoperatorio como un PSA reciente, el único conocido es de

tres años atrás y el resultado de una ecografía abdominal y/o transrectal para conocer la situación de ambos riñones y el tamaño de la próstata, ya que el tacto rectal solo no siempre es significativo sobre el volumen de la próstata lo cual determinará el tipo de intervención a realizar ya sea abierta, en próstatas grandes o endoscópica en las pequeñas (...)".

Por lo tanto, es evidente que para el citado Jefe de Servicio la fase preoperatoria no se llevó a cabo correctamente al carecer con carácter previo de la información necesaria a la intervención, aunque es verdad que este facultativo sostiene en su informe que ante el hallazgo de un carcinoma de próstata avanzado fue adecuada la actuación del facultativo en quirófano. Por otra parte, en el documento de consentimiento informado para adenomectomía o prostatectomía abierta, de 16 de marzo de 2006, se señala como posible complicación la aparición de "hemorragia incoercible durante el acto quirúrgico", como así sucedió al no haberse programado adecuadamente la intervención, debiendo procederse entonces a la extirpación casi completa de toda la próstata con desgarrar de las estructuras anatómicas, dada la inexistencia del habitual plano de clivaje que facilita la operación (según afirma el Jefe del Servicio de Urología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria).

V

1. Expuesto lo anterior, este Consejo considera que aun cuando la intervención sobrevenida en quirófano fue necesaria para velar por la vida del paciente, esta situación tan extrema se podría haber evitado si se hubiera efectuado un preoperatorio adecuado, esto es, con arreglo a los medios científicos y técnicos conocidos hasta el momento, lo que hubiera supuesto la realización previa a la intervención quirúrgica de la prueba del PSA, además del tacto rectal y la ecografía realizada, en su caso.

Además, la intolerancia a la sonda permanente abunda aún más si cabe en la incorrecta actuación médica, por cuanto el facultativo encargado del seguimiento del afectado debía conocer forzosamente que [el paciente] tenía un padecimiento previo a la operación relacionado con su enfermedad, ya que dicha intolerancia revelaba que sufría una retención urinaria desde hacía tiempo, sin que el mencionado facultativo ordenara la práctica de todas aquellas pruebas encaminadas a la averiguación de la enfermedad real que aquél tenía. En este sentido, la realización de un preoperatorio apropiado está directamente vinculada a la correcta actuación médica, pues determina no sólo el diagnóstico más o menos cierto sino también los

medios o tratamiento a efectuar o aconsejar en la enfermedad del paciente. Como recuerda el Tribunal Supremo en sus STSS de 7 de febrero y 6 de marzo de 1998, 19 de septiembre de 2002, y 20 de junio de 2003, la responsabilidad patrimonial no resulta de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, por el hecho de que la Administración ejerza competencias en la ordenación de un determinado sector o sea necesaria su autorización. Y en relación con la inactividad de la Administración, no resulta exigible a la misma una conducta exorbitante, siendo suficiente una razonable utilización de los medios disponibles en garantía de los riesgos relacionados con el servicio, lo que en términos de prevención razonable y adecuada a las circunstancias como el tiempo, lugar, desarrollo de la actividad, estado de la técnica, capacidad de acceso, distribución de recursos, se viene considerando un funcionamiento estándar del servicio. Lo que, en rigor, no ha acontecido en el presente caso.

2. En definitiva, en el supuesto que nos ocupa, el surgimiento de la responsabilidad deriva de un error de diagnóstico, que podría haberse evitado si se hubiera actuado diligentemente con la realización de las pruebas médicas pertinentes, de manera que, de haberse llevado las mismas a cabo, el tratamiento quirúrgico habría sido distinto del que tuvo lugar, sin duda alguna. Y ello con independencia de que en este caso es de todo punto imposible plantear siquiera un resultado final cierto, favorable o no, de la enfermedad del paciente. A este último respecto, cabe señalar que de los documentos obrantes en el expediente se observa que la enfermedad estaba bastante desarrollada, por lo que aún ante la práctica de un preoperatorio correcto lo cierto es que existía una alta posibilidad de que se produjera, como así fue, la hemorragia incoercible; y en cualquier caso, no podía en modo alguno asegurarse que el afectado se hubiera recuperado de su grave enfermedad por las características de la misma (carcinoma de próstata en estadio pT4, con un pronóstico sombrío).

3. Apreciándose, así, una actuación contraria a la *lex artis ad hoc* por los motivos que han sido expuestos con anterioridad, ha de indemnizarse a los familiares del fallecido, por los daños morales soportados al no haber sido éste tratado adecuadamente por la Administración sanitaria. Para la determinación del *quantum* indemnizatorio se tendrá en cuenta, de forma orientativa, el baremo establecido por el sistema para el cálculo de los daños ocasionados con motivo de los accidentes de circulación. Y todo ello, con aplicación de la actualización prevista en el art. 141.3 LRJAP-PAC.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho, toda vez que ha quedado acreditada la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño ocasionado, debiéndose indemnizar a los reclamantes en los términos expuestos en el Fundamento V.3.