



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 6 / 2 0 1 6

(Sección 1ª)

La Laguna, a 25 de febrero de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), mediante la representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 24/2016 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma. La solicitud de dictamen, de 31 de enero de 2016, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 3 de febrero de 2016. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC], si bien en este caso actúa mediante representación, acreditada en el expediente, de (...) (art. 32 LRJAP-PAC).

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 art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 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 art. 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. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues el interesado interpuso aquel escrito el 2 de diciembre de 2011, en relación con un daño cuya determinación se produjo el 3 de diciembre de 2010, fecha en la que se produjo el alta médica del paciente.

III

El objeto de la reclamación que nos ocupa, según el escrito del interesado, viene dado por los siguientes hechos:

«Con fecha 26 de octubre de 2010, (...) se dirigió al Servicio Canario de la Salud por dolor abdominal en epigastrio punzante, tipo cólico no irradiado medicándosele con espasmolíticos. Tras una exploración fue ingresado en el Servicio de Digestivo el 28 de octubre de 2011 para una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), siendo el informe endoscópico "Se realiza CPRE bajo sedoanalgesia controlada por anestesista. Papilar de pequeño tamaño, rasgada sugestiva de paso de cálculo previo e imposible de canular totalmente por cálculo enclavado. Se introduce el esfinterotomía, fluyendo bilis pero también abundante sangre. Se intenta cohibir el sangrado con adrenalina y argón sin conseguirlo. Se

avisa a Radiología Vascular Intervencionista para embolización de la arteria gastroduodenal. Se solicita sangre y pruebas cruzadas". Se realiza Tac abdominal que evidencia, pancreatitis severa, hematoma en celda pancreática y retroneumoperitoneo. (...) ingresó en la Unidad de Cuidados intensivos para monitorización y cirugía en 48-72 horas, si permanecía estable y sin signos de sepsis.

El resultado de una acción inadecuada, ha sido la causa de que se produjese hemorragia de la papila, realizándose embolización selectiva de la arteria gastroduodenal, todo lo cual produce pancreatitis severa, hematoma en celda pancreática y retroneumoperitoneo a (...)».

Se solicita indemnización por los daños morales ocasionados al reclamante a resultas del precario estado de salud en el que se encontró, llegando a estar monitorizado en la Unidad de Cuidados Intensivos y llegando a temer por su vida, daño que cuantifica en 30.000 €.

IV

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 14 de diciembre de 2011, se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, lo que viene a cumplimentar el 9 de enero de 2012.

- Por Resolución de 11 de enero de 2012, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado, acordando asimismo la remisión del expediente para su tramitación a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (el Hospital), de conformidad con la delegación de competencia realizada en virtud de la Resolución de 22 de abril de 2004, de la Directora del Servicio Canario de la Salud. Además, se acuerda la suspensión del procedimiento entre la solicitud y la recepción del preceptivo informe del Servicio. De todo ello son notificados tanto aquella Dirección Gerencia como el interesado.

- El 11 de enero de 2012, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, lo que se reitera en varias ocasiones, viniendo a emitirlo, tras recabar la documentación oportuna, el 21 de mayo de 2015 (obviamente, no ha sido posible recibirlo en el centro hospitalario el 19 de enero de 2012 como se señala en la Propuesta de Resolución).

- A efectos de dictar acuerdo probatorio, el 20 de julio de 2015 se insta al interesado a aportar la documentación o alegaciones que estime oportuno, de lo que recibe notificación el 28 de julio de 2015.

- El 26 de agosto de 2015, se dicta Acuerdo probatorio, que se notifica al reclamante el 9 de septiembre de 2015, en el que se declara la pertinencia de la prueba pericial propuesta por él. No obstante, transcurrido el plazo otorgado, no se aporta la pericia.

- El 19 de octubre de 2015, se confiere al interesado trámite de audiencia, de lo que recibe notificación el 22 de octubre de 2015, sin que conste la presentación de alegaciones.

- Con fecha de 10 de noviembre de 2015 se remite por la Dirección Gerencia del Hospital el expediente tramitado para su resolución a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

- El 15 de enero de 2016, se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del reclamante, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, sin fecha, que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 28 de enero de 2016 (tras habersele solicitado informe el 15 de enero de 2016), dictándose en esta misma fecha Propuesta de Resolución definitiva.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante con fundamento en la historia clínica del paciente obrante en el expediente y en los informes recabados a la luz de la misma.

Así, correctamente, la Propuesta de Resolución centra sus argumentaciones en los dos aspectos; por un lado, en la necesidad de la prueba que se generó el daño por el que se reclama y su correcta realización, y, de otra, la existencia de impreso de consentimiento informado debidamente rubricado por el reclamante, donde se contempla el riesgo en que se concretó el daño.

A. La necesidad y adecuación a la *lex artis* de la prueba a la que fue sometido el reclamante.

Como adecuadamente recoge la Propuesta de Resolución, la realización de la "colangiopancreatografía retrógrada endoscópica" (CPRE), prueba durante cuyo transcurso se produjo la hemorragia que desencadenaría el proceso por el que

reclama el interesado, era necesaria y adecuada a la *lex artis*, tal y como se justifica en los informes obrantes en el expediente. Así, en el informe del Jefe de Servicio de Aparato Digestivo (folios 299-300) al que se acompaña información científica, protocolos y el consentimiento informado del reclamante, en los que se basa, se señala:

“Ante el cuadro clínico que presentaba el paciente, de dolor abdominal, ictericia, coluria, acolia y las pruebas de imagen (ecografía abdominal) se demostró la existencia de una obstrucción biliar por coledocolitiasis. Por lo cual se siguió el protocolo de actuación que se sigue siempre en estos casos, la realización de una CPRE con fines terapéuticos para extraer los cálculos de la vía biliar y así evitar una colangitis que pondría en serio peligro su vida por una sepsis”.

Como señala la Propuesta de Resolución, se adjunta el documento 1 para argumentar que la asistencia se ajustó a la *lex artis*. Dicho documento contiene la definición de la patología del reclamante, la coledocolitiasis, cuál es el cuadro clínico y el diagnóstico. Asimismo se aporta el protocolo de actuación, que expresamente señala:

“La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es la técnica de referencia en el diagnóstico de la coledocolitiasis y litiasis ductal en general pues la ecografía convencional y la TAC presentan baja sensibilidad”.

No obstante, a pesar de la necesidad y adecuación a la *lex artis* de la realización de la referida prueba, durante el transcurso de la misma se produjo una hemorragia severa, en relación con la cual se realizaron todas las actuaciones determinadas en la ciencia médica para su tratamiento. Como consta en la documentación existente en el expediente, se intentó, sin éxito, cohibir la hemorragia severa con argón y adrenalina (folio 297), y, tras consultar con el Servicio de Radiología Vascular Intervencionista, se realizó embolización selectiva de la arteria gastroduodenal con buen resultado angiográfico y sin complicaciones.

Posteriormente, tras realizar un TAC se evidencia pancreatitis severa, hematoma en celda pancreática y retroneumoperitoneo.

Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización y cirugía en 48-72 horas.

Se interviene el día 31 de octubre de 2010, recibiendo el alta el 3 de diciembre de 2010, sin que quedaran secuelas al paciente.

B. La existencia del preceptivo consentimiento informado del paciente en relación con la prueba realizada y el posterior proceso asistencial.

Consta el expediente antes de la realización de la antedicha prueba impreso de consentimiento informado rubricado por el paciente de fecha 27 de octubre de 2010, donde se informa de en qué consistía el procedimiento al que iba a ser sometido y los riesgos y beneficios que conllevaba. Una vez advertido en el mismo que quedan aclaradas sus dudas, lo firma.

En tal impreso de consentimiento informado se detallan las siguientes complicaciones:

“Los riesgos posibles de la exploración incluyen: distensión del abdomen, dolor mareo, hipotensión, flebitis, reacciones alérgicas, infecciones, hemorragia, perforación y, solo excepcionalmente, arritmias y parada cardiorrespiratoria. Alguna de estas complicaciones puede ser grave y/o requerir intervención quirúrgica. He advertido de la existencia de enfermedades, alergias y tratamientos que pudieran aumentar el riesgo de la endoscopia”.

Todo lleva a concluir que la prueba fue consentida por el paciente, con sus riesgos inherentes, y que, a pesar de su correcta realización, se concretaron en el reclamante en las dolencias por las que ahora reclama.

Se aclara al respecto por el referido informe:

“(…) 4.- La CPRE es la técnica endoscópica que se asocia a un porcentaje mayor de complicaciones, siendo el porcentaje global de las mismas del 14% de las cuales el 3% se consideran graves con una mortalidad inherente a la técnica del 1% y la perforación (1%) (Se adjunta documento 3 con los datos en la literatura médica). 5.- Durante la exploración de J.C., no existía ningún dato que hiciera sospechar que se iba a producir complicación alguna. La coagulación estaba en límites normales, el paciente estaba motorizado y sus cifras de TA, FC y saturación de oxígeno eran normales. La prueba se realizó como siempre y se observó que la papila estaba ligeramente rasgada posiblemente por el paso de un cálculo previo. Se consiguió canular la papila donde existía un cálculo enclavado y al realizar la esfinterotomía que fue de pequeño tamaño empezó a fluir bilis, se expulsó la litiasis, pero al mismo tiempo se produjo una hemorragia severa que fue imposible cohibir con métodos endoscópicos. 6.- A la vista de los datos recogidos en la historia clínica y los protocolos seguidos, no hubo ninguna acción inadecuada ni mala praxis y por supuesto y mucho menos, negligencia. Desgraciadamente se produjo la complicación descrita en la literatura y además recogida en el consentimiento”.

2. Además, en la línea descrita inicialmente este informe añade que en este caso no solo fue pertinente y adecuada la prueba realizada, sino también adecuada a la *lex artis* la asistencia prestada al paciente una vez producido el daño previsto en el

consentimiento, logrando su curación sin secuelas, todo lo cual completa una adecuada asistencia médica, proporcionando al paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios, logrando finalmente su curación:

“7.- Las acciones médicas que se llevaron a cabo una vez que se produjo la hemorragia fueron las que se deben seguir según los consensos de la literatura médica. Primero se intenta cohibir con medios endoscópicos (inyección de adrenalina y aplicación de argón) y si no se consigue, como es este caso, se opta por la embolización o la cirugía. (Se adjunta documento 3). 8.- Se actuó con la rapidez y seguridad que proporciona la experiencia por parte de todos los que formaban el equipo, no demorando decisiones ante una complicación. Se solicitaron pruebas cruzadas por si se necesitaba reposición de sangre, el anestesista intubó al paciente en la sala de endoscopias para evitar broncoaspiración, se canalizaron vías de grueso calibre y se contactó de inmediato con el radiólogo vascular quien se personó enseguida para proceder a arteriografía y embolización. Durante todo este tiempo el paciente estuvo monitorizado, estable hemodinámicamente y asistido por dos médicos (el anestesista y el endoscopista), que le condujeron al Servicio de Radiología Vascular, y por personal paramédico”.

Tras realizarse por el Servicio de Radiología Vascular Intervencionista embolización selectiva de la arteria gastroduodenal con buen resultado angiográfico y sin complicaciones, tal como se deriva de los informes emitidos por los Servicios de Medicina Intensiva y de Cirugía General y Digestiva del Hospital, se realizó un TAC al paciente que evidenció pancreatitis severa, hematoma en celda pancreática y retroneumoperitoneo, por lo que ingresó en cuidados intensivos para monitorización y cirugía en 48-72 horas.

Se interviene el día 31 de octubre de 2010, constandingo asimismo impreso de consentimiento informado firmado por el paciente en la misma fecha para tal cirugía, recibiendo el alta el 3 de diciembre de 2010, sin que quedaran secuelas.

Por todo lo expuesto, la Propuesta de Resolución que desestima la reclamación es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la solicitud de indemnización presentada por (...), mediante la representación de (...).