



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 9 0 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 30 de marzo de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.N.M.E., J.D.M.E. y J.J.M.D., herederos de M.N.E.L., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 64/2016 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

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. Está legitimada para solicitarla el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. En cuanto a los antecedentes de hecho, del escrito de reclamación y del resto de la documentación adjunta se deducen los siguientes:

M.N.E.L. padeció diversas molestias durante el año 2009, especialmente dolor en hipocondrio derecho que evolucionó tórpidamente, llegando a ser muy incapacitante. Los médicos del Servicio Canario de la Salud, tras realizarle diversas pruebas diagnósticas, determinaron que presentaba un gran hemangioma (tumor en el hígado) de 9 cm, situado en el lóbulo hepático derecho, que por su sintomatología y tamaño

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

requería de intervención quirúrgica para su curación, hepatectomía abierta, consistente en este caso en una extirpación del segmento 7 del hígado.

Así, lo informó el Dr. A.I.M.M., cirujano perteneciente al Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Canarias (Hospital), aceptando la paciente someterse a dicha intervención quirúrgica que se llevó a cabo el día 5 de marzo de 2010, viéndose obligados los médicos a efectuar a la paciente una colecistectomía, constando en la documentación correspondiente el consentimiento informado firmado por la interesada según el cual era posible que durante la intervención podía surgir la necesidad de extirparle la vesícula biliar, como así ocurrió.

Asimismo, el postoperatorio inmediato trascurrió sin incidencias.

4. El día 10 de marzo de 2010, la paciente comenzó a padecer problemas respiratorios (disnea e hipoventilación) a la vez que presentaba abundante bilis en los drenajes que se le aplicaron tras la operación, hecho que se denomina en medicina como "fuga biliar".

Sin embargo, en los días posteriores los doctores, ante la desmejoría de la paciente y después de haberle realizado diversas pruebas, entre ellas un TAC, observaron material hemorrágico en el lecho quirúrgico y derrame pleural derecho. El día 16 de marzo de 2010, para paliar tales problemas, entre ellos la fuga biliar que sufría desde el día 10 de marzo y ante la inutilidad del tratamiento farmacológico (tratamiento conservador) que se le instauró durante el postoperatorio, se llevó a cabo una colangiografía pancreática retrógrada endoscópica para solucionar la fístula biliar, causante de la referida fuga, situada en la vía biliar izquierda.

Dado que no mejoraba, el día 17 de marzo se le realizó una laparotomía exploradora urgente, y si bien no se observó perforación duodenal continuaba padeciendo la referida fuga biliar, desconociéndose, incluso tras esta prueba, la zona de origen de la misma. Este mismo día, dado su mal estado de salud, fue trasladada a la UVI del Hospital para ser dada de alta de la misma al día siguiente, puesto que mejoró, aunque seguía sufriendo la mencionada fuga biliar y para solventarla se le colocó un catéter transparietohepático con la finalidad de derivar la bilis al exterior de la zona de la fístula biliar que padecía y así favorecer su cicatrización, pero no se obtuvo el resultado deseado.

5. El día 20 de marzo de 2010, la paciente reingresa en la UVI por presentar sangrado activo en los drenajes y shock hipovolémico y, tras la realización de un TAC, se observó que continuaba dicho sangrado, pero sin que sufriera fuga biliar, la cual

volvió a sufrir al día siguiente. Por ello, el día 22 de marzo se le practicó laparoscopia urgente con la intención no sólo de realizarle un lavado de la cavidad abdominal, sino de reevaluar el estado de su fístula. Además, mediante la misma se observó sangrado en la arteria hepática izquierda, la cual se suturó en ese momento.

6. Los días 26 y 27 de marzo los médicos constataron que la paciente presentó sangre en las heces, lo que indicaba que con el tratamiento aplicado no se había logrado poner fin a la fuga biliar, por lo que solo quedaba para evitarla, como último remedio, someterla a una segunda hepatectomía izquierda, que se realizó el día 30 de marzo de 2010. Ante la persistencia de la fuga, se le volvió a realizar la misma intervención el día 31 de marzo, presentando ya en ese momento "síndrome compartimental", además de fallo renal agudo, lesión pulmonar aguda, fallo hemodinámico, disfunción hepática, con valores de presión intrabdominal (presión de más 20 mm de HG).

7. En los días siguientes la paciente alterna estabilidad con empeoramiento, iniciándose tratamiento de antibioterapia por peritonitis y bacteriemia.

El 8 de abril de 2010, no solo persiste su inestabilidad clínica sino que se producen dos episodios de parada cardiorrespiratoria, que se complicó con asistolia, ya que llegó a padecer una ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio, asistolia que volvió a sufrir el día 10 de abril.

En los días posteriores, la paciente evoluciona de forma tórpida, llegando a presentar incluso un episodio de trombosis en la vena femoral izquierda. El día 21 de abril de 2010, se le efectuó un lavado de la cavidad abdominal por sospecha de sobreinfección, pero continúa su mala evolución, falleciendo el día 26 de abril de 2010.

II

1. Los reclamantes consideran que el fallecimiento de su causante se debe a mala praxis médica de los doctores que la atendieron, la cual, a su parecer, se basa en la realización de una extirpación de la vesícula biliar innecesaria durante la primera hepatectomía que se le efectuó a la paciente; a que el Dr. M.M., único especialista en el Hospital capacitado para efectuar una hepatectomía, quien le efectuó todas y cada una de las que se le realizaron a su causante durante el proceso médico descrito, se ausentó desde el día de la primera intervención, el 5 de marzo de 2010, hasta el 12 de marzo de 2010, de tal manera que el resto de cirujanos no

podieron realizarle con la prontitud que las circunstancias del caso requerían la debida intervención quirúrgica hepática para poner fin a la fuga biliar y la fístula biliar causante de ella. Sin embargo, no solo no pudieron efectuarla, sino que le realizaron tres intervenciones dirigidas para la limpieza de la zona con aspiradores sin el debido consentimiento informado y de forma negligente, que influyeron de manera directa en el resultado final, pues le manipularon indebidamente el hígado, causándole un destrozo.

Por ello, reclaman los herederos de la paciente una indemnización total de 143.893,47 euros, más los correspondientes intereses.

2. Son de aplicación al caso, 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), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

III

1. El procedimiento se inició con el escrito de reclamación presentado el día 7 de marzo de 2011.

Posteriormente, el día 25 de mayo de 2011, se dictó la Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

En cuanto a su tramitación, cuenta con los trámites preceptivos, incluyendo el informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital e informe del Servicio de la UVI del mismo centro, que se tiene en cuenta en la Propuesta de Resolución; apertura del periodo probatorio, en el que solo se propuso la práctica de prueba testifical sin identificar ni proponer a ningún testigo concreto; y se otorgó el trámite de vista y audiencia.

2. El día 3 de febrero de 2016, se emitió la Propuesta de Resolución, acompañada del borrador de la Resolución definitiva y el 29 de febrero de 2016 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, vencido el plazo resolutorio años atrás sin justificación para ello, aunque esta demora no obsta para resolver expresamente pues persiste el deber legal de hacerlo, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los económicos que pudiera comportar (arts. 42.1 y 7, 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC).

3. Por otra parte, concurren los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 139 y ss. LRJAP-PAC).

Asimismo, procede señalar que entre los reclamantes consta M.N.L.G., madre de la fallecida, solicitando en el escrito inicial la cantidad de 8.806,35 euros, adjuntándose al mismo copia su DNI; pero, además, se le otorga el trámite de audiencia por parte del Servicio Canario de la Salud, presentando el abogado de los reclamantes escrito de alegaciones correspondiente a dicho trámite no solo en nombre del marido e hijos de la fallecida sino en el nombre de la madre de la misma, la cual, pese a ello, no fue incluida en la Propuesta de Resolución.

Tal omisión se produce sin ninguna justificación, dado que su relación de parentesco con la fallecida y el concepto indemnizatorio por el que reclama, que se basa en la condición de madre de la fallecida, están debidamente acreditados y permiten considerar que no reclama por haber sucedido a su hija, *mortis causa*, en sus derechos, sino por un derecho propio que emana del daño que como madre entiende que se le ha ocasionado con el fallecimiento de su hija. Por ello, estas razones suponen que no se la deba excluir de la Propuesta de Resolución y de la futura Resolución, tal y como incorrectamente se ha producido.

IV

1. La Propuesta de Resolución definitiva desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que se emplearon todos los medios y recursos terapéuticos y humanos destinados a lograr el mejor resultado dentro de lo posible, habiendo sido informados los familiares de la fallecida de forma adecuada y en todo momento, y, salvo con ocasión de las intervenciones de urgencia, consta la preceptiva documentación correspondiente al consentimiento informado.

Por todo ello, se entiende que se ha actuado conforme a la *lex artis* y que no concurre relación causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño reclamado.

2. En este caso, los informes del Servicio se limitan a relatar los acontecimientos sin valorar clínicamente de forma motivada las actuaciones médicas desarrolladas, salvo escasas líneas al final de los informes que no permiten a este Consejo Consultivo pronunciarse acerca de la cuestión de fondo, máxime en un supuesto tan grave como este. Además, se deducen de los hechos y también de la propia

reclamación cuestiones que no se han resuelto debidamente y que impiden valorar jurídicamente las actuaciones médicas.

3. Por lo tanto, se estima necesario que se emita un informe, o informes, complementario del Servicio afectado por los hechos por el que se ilustre a este Organismo acerca de las siguientes cuestiones:

A. Los reclamantes alegan que todos los problemas de su causante derivan de la ausencia del Hospital del Dr. M.M. desde el día de la primera intervención quirúrgica (5 de marzo de 2010) hasta el día 12 de marzo de 2010, provocando dicha ausencia que la paciente se viera tratada por médicos sin cualificación para atender su dolencia, quienes incluso realizaron intervenciones inadecuadas y negligentes.

Por ello, se estima necesario aclarar los siguientes extremos:

a) Si es cierto que dicho doctor se ausentó del Hospital Universitario durante tal periodo y, consecuentemente, si quedó debidamente cubierta su ausencia con personal cualificado para atender cualquier situación por grave que fuera.

b) Si las actuaciones médicas realizadas durante dicho periodo eran las precisas para tratar las dolencias de la paciente o, por el contrario, su única finalidad era esperar el regreso del Dr. M.M.

B. Asimismo, del escrito de reclamación se deduce que los reclamantes consideran que la extirpación de la vesícula biliar fue imprevista e inadecuada. Por tanto, es necesario que se informe acerca de los motivos médicos por los que se realizó y qué influencia tuvo en la tórpida evolución de la paciente, especialmente, en lo que se refiere a la fuga y fístulas biliares que padeció.

C. En el informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital se afirma en relación con la primera intervención quirúrgica que "(d)urante la disección de ambos pedículos hepáticos se produjo la laceración de unos 3 mm. en un radical de la vía biliar que fue reparado mediante sutura primaria con material reabsorbible (...)".

Por ello, asimismo es necesario conocer:

- El motivo de que se produjera dicha laceración.
- La influencia que tuvo en los problemas acaecidos tras la intervención (fugas y fístulas biliares).

4. Después de la emisión de los informes complementarios del Servicio se otorgará nuevamente a los interesados el trámite de vista y audiencia y, luego, se

emitirá una nueva Propuesta de Resolución que será remitida a este Consejo Consultivo para preceptivo dictamen.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho, debiendo retrotraerse las actuaciones y obtener los informes referidos en el Fundamento IV de este Dictamen.