



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 0 7 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 28 de junio 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.M.G., en su propio nombre y en nombre y representación de la familia M.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 172/2016 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado por M.M.G. en su propio nombre y en nombre y representación de sus padres A.M.C. y Y.G.R. y de sus hermanos F., A., J. y R.M.G., en solicitud de una indemnización de 540.000 euros por el fallecimiento de H.M.G., hijo de los primeros y hermano de los demás reclamantes, cuyo óbito alega que ha sido causado por la asistencia sanitaria prestada durante el periodo postoperatorio que siguió a la intervención quirúrgica que le practicaron el 7 de junio de 2013 en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN), dependiente del Servicio Canario de la Salud.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este 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 Autónoma, 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.

La resolución final es competencia del Director del Servicio Canario de 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.

5. Conforme al art. 13.3 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, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución, porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun 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 ley.

6. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan.

Así, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP) emitiéndose en particular el preceptivo informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación del daño (art. 10.1 RPAPRP) y que está representado por los informes del Jefe del Servicio de Cirugía General y del Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del HUGCDN donde fue atendido el fallecido.

También se solicitó informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud, para que a la vista de la historia clínica del fallecido y de los informes de los Servicios mencionados, analizara la existencia o no de nexo causal

entre la asistencia sanitaria prestada al paciente y su óbito. Este informe se emitió el 28 de mayo de 2015 y se incorporó al expediente junto con copia de las historias clínicas de H.M.G. obrantes en el HUGCDN y en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria (CHUIMI).

Por parte del órgano instructor, en período probatorio se admitió la documental incorporada por la Administración y la documental propuesta por los interesados. Se inadmitió por innecesaria la testifical propuesta del personal sanitario y del compañero de habitación del paciente. A esta inadmisión no se opusieron aquellos.

Finalizada la instrucción del procedimiento, se abrió el preceptivo trámite de vista del expediente y audiencia, lo cual se notificó a la representación de los reclamantes, la cual no presentó alegaciones.

Se redactó por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio de la reclamación, que fue sometida a informe de la Asesoría Jurídica departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias (aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero). El 8 de marzo de 2013 se emitió este informe que consideró la Propuesta de Resolución conforme a Derecho, pero que señaló que ni la representación de los padres y hermanos de M. ni su cualidad de únicos herederos del fallecido estaba probada. Los interesados, a requerimiento de la Administración, aportaron el 5 de abril de 2016 la documentación que acreditaba tales extremos.

En definitiva, no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obsten un dictamen de fondo.

II

1. En el escrito de reclamación se afirma que «no se discute la intervención quirúrgica, es más, consideramos que por parte de los facultativos se llevó a cabo de la mejor manera posible, teniendo en cuenta las condiciones de salud de mi hermano». Según este escrito la pretensión resarcitoria se funda pura y exclusivamente en que «ha existido negligencia en la prestación del postoperatorio de la intervención quirúrgica que se le realizó a mi hermano el viernes 7 de junio de 2013. Dado que como debiera constar mi hermano estuvo con hemorragia más de 48 horas sin que se le realizara ninguna prueba hasta la madrugada previa al *exitus* de una forma totalmente anómala. Nuestra queja es por la actividad postoperatoria

dado que estando con la hemorragia no se le realizaron pruebas de control ni fue ingresado en la UMI, para un mayor control, y se limitaron única y exclusivamente a realizarle transfusiones de sangre lo que dificultó aún más su posible diagnóstico».

También se alega que el Servicio Canario de la Salud no atendió a la solicitud de su hermano de una segunda opinión médica y que no consta el documento del consentimiento informado de H.M.G. a la intervención quirúrgica que se le realizó el 7 de junio de 2013 en el HUGCDN.

2. Los reclamantes no proponen ni aportan ninguna prueba o informe médico que demuestre que incurrieron en negligencia profesional los facultativos del HUGCDN que prestaron asistencia durante el postoperatorio a H.M.G.

3. De los informes del Jefe del Servicio de Cirugía General, del Jefe del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor; y de la inspectora-médico del Servicio de Inspección y Prestaciones, redactados con base en la documentación clínica e informes médicos obrantes en ambas historias clínicas, resultan los hechos que se relacionan en los siguientes apartados.

4. Los antecedentes médicos de H.M.G., de 54 años de edad, eran los siguientes:

a) Anemia hemolítica por esferocitosis congénita que requirió esplenectomía en 1976.

b) Obesidad mórbida con 185 kilos y colecistitis, patologías que determinaron que en abril de 2003 se sometiera a una operación de cirugía bariátrica mediante by-pass gástrico y además práctica de colecistectomía. Reducción de peso hasta 150 kg. La cirugía bariátrica mediante by-pass gástrico consistió en reducir el estómago mediante su división en dos partes. Una parte del estómago muy pequeña (con capacidad de aproximadamente 25-50 ml) recibe el alimento que viene de la boca, por lo que el paciente puede comer una cantidad de alimento pequeña en cada comida. Se secciona del duodeno el intestino yeyuno el cual se une al estómago pequeño creado. El duodeno se anastomosa a 200 - 250 cm de distancia en otro punto del yeyuno. De esta manera, la parte remanente del estómago, que se ha excluido del tránsito digestivo (es decir, que por ella no pasa el alimento) verterá a través del duodeno los jugos gástricos que sigue segregando y que irán a unirse con los del hígado y el páncreas (jugos biliopancreáticos) en el yeyuno. Tras esta operación la parte remanente del estómago queda totalmente excluida del tránsito digestivo, por lo que es imposible examinarla porque no se puede acceder a ella, ya que no se encuentra al alcance de un endoscopio.

Con esta intervención quirúrgica se logró que el peso del paciente se redujera a los 150 kilos.

c) Hepatitis crónica por infección por virus de hepatitis C en el año 2006.

d) Carcinoma papilar de tiroides, con metástasis ganglionares cervicales que en el año 2007 obligaron a una intervención quirúrgica para tiroidectomía total, linfadenectomía y vaciamiento cervical.

e) Tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo en octubre de 2007. La insuficiencia venosa de este miembro era de grado IV porque determinó la aparición de úlceras varicosas. Además padecía de hipertensión arterial. Estas patologías circulatorias estaban en tratamiento con medicación anticoagulante oral.

f) Diabetes Mellitus tipo II.

g) Espondiloartrosis.

h) Eventración abdominal gigante multisacular.

5. Tras la cirugía de la obesidad mórbida, volvió a subir de peso hasta alcanzar los 173 kilos, a lo que se sumó una eventración (salida de las vísceras abdominales por una zona de la pared abdominal) en el año 2009, por lo que se decidió reintervenirlo para una nueva cirugía de obesidad mórbida y para el tratamiento quirúrgico de la eventración mediante la instalación de una malla.

Estaba siendo atendido en el Servicio de Cirugía General del HUGCDN por el doctor F., quien el 20 de agosto de 2009 le explicó verbalmente en qué consistía la reintervención, firmando el paciente a continuación el documento de consentimiento informado tanto para la nueva cirugía de la obesidad como para el tratamiento quirúrgico de la eventración.

6. El día 7 de diciembre de 2012, el paciente solicitó a la Dirección del Área de Salud de Gran Canaria una segunda opinión médica por los facultativos del CHUIMI. La solicitud la formuló para las especialidades de Urología, Hematología, Cirugía General, Endocrinología, Medicina Interna, Digestivo, Oncología, Cirugía Máxilofacial, Oftalmología, etc. Entre marzo y abril de 2013 se le facilitaron citas en las consultas externas de todos esos servicios de especialidades médicas del CHUIMI: Urología, Endocrinología, Medicina Interna, Unidad del Dolor, Cirugía General y Digestiva, Oncología, Hematología, etc.

7. Estando en lista de espera para la intervención quirúrgica programada, el paciente solicitó cambio de cirujano. El 15 de febrero de 2012, fue valorado en Consultas Externas del Servicio de Cirugía General del HUGCDN por el doctor R., quien, estando de acuerdo con lo recomendado por el doctor F., nuevamente le explicó las características y peligros de la reintervención, firmando el paciente un nuevo documento de consentimiento informado ese mismo 15 de febrero de 2012.

8. Tanto en el «documento de consentimiento informado para cirugía abierta de la obesidad mediante conversión a bypass gástrico distal» que el paciente firmó el 20 de agosto de 2009, como en el que suscribió el 15 de febrero de 2012, como riesgos iatrogénicos de esa operación figuran los siguientes:

«- Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Flebitis. Retención urinaria. Alteraciones digestivas transitorias. Dolor prolongado en la zona de la operación. Derrame pleural.

- Riesgos poco frecuentes y graves: Embolias y tromboembolismo pulmonar. Fístulas intestinales por alteración en la cicatrización de las suturas. Estrechez de las anastomosis. Hemorragia de la anastomosis. Hemorragia o infección intraabdominal.

Obstrucción intestinal. Alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos. Déficit nutricionales. Excesiva pérdida de peso o, por el contrario, fallo del procedimiento con escasa pérdida de peso.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, transfusión, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte».

9. El 14 de marzo de 2013, se le practicó un examen del tránsito gastroduodenal para valorar estómago y asas intestinales, que no objetivó alteraciones y que mostró la presencia de gastrectomía parcial al tránsito, consecuencia de la primera cirugía bariátrica. Se practicaron además otras pruebas en relación a la patología tumoral tiroidea: gammagrafía, tomografía axial computerizada de cuello, tórax, abdomen y pelvis.

10. En abril de 2013, se le practicó por los facultativos del Servicio de Cirugía General del HUGCDN un estudio preoperatorio con espirometría, analítica, radiografía y electrocardiograma. Además, su estado fue valorado por los facultativos del Servicio de Anestesia. El paciente también firmó el documento de consentimiento informado que advertía de los riesgos iatrogénicos inherentes a la anestesia quirúrgica.

11. El estado del paciente, caracterizado por su obesidad mórbida, sus antecedentes de tromboembolismo y su insuficiencia venosa grave en el miembro inferior izquierdo, presentaba un alto riesgo trombógeno, por lo que debía seguir un tratamiento profiláctico de la enfermedad tromboembólica con Acenocumarol (Sintrom), una medicación anticoagulante oral que presenta, como todo tratamiento anticoagulante, el riesgo iatrogénico de sangrado. Por esta razón y en relación con su intervención quirúrgica prevista para el día 7 de junio de 2013, el anterior día 4 de junio se le suspendió la administración de ese medicamento, que se sustituyó el día 5 de junio, fecha de su ingreso programado en el HUGCDN, por un tratamiento con Enoxaparina, heparina de bajo peso molecular (Clexane 40, un comprimido cada veinticuatro horas). La reanudación del tratamiento profiláctico del tromboembolismo se justifica porque, como se recogió más atrás, entre los riesgos iatrogénicos graves de la cirugía bariátrica figura la aparición de embolias y tromboembolismo pulmonar, riesgo que se incrementaba en el caso de H.M.G. porque era inherente a su estado de salud, como se acaba de explicar.

12. La intervención quirúrgica se practicó el 7 de junio de 2013 y duró desde las 09.30 horas a las 14:30 horas. El informe quirúrgico describe la operación así:

«Vía de Acceso: Laparotomía media supra infra, sobre cicatriz previa.

Hallazgos: Eventración abdominal gigante que contiene asas de intestino delgado no complicadas. Adherencias cirugía previa. Bloqueo hemiabdomen superior. Identificación de circuito intestinal by pass cirugía previa (250 cms by pass). Asa alimentaria 50 cms. Distancia a válvula 250 cms.

Técnica: Sección asa biliopancreática y anastomosis yeyuno yeyunal a 100 cms de la válvula ileocecal. Anastomosis L-L EndoGIA azul 60. Cierre puntos sueltos seda 2/0. Cierre orificio meso intestino delgado. Apendicectomía profiláctica (bolsa tabaco). Descarga rectos anteriores del abdomen y oblicuos. Cierre con puntos sueltos monoplus de 2/0. Anclaje de doble malla de prolene de 30-30 (previa rafia continua entre ambos paños de malla) con puntos monoplus y grapas de fascia. Lavado. Revisión hemostasia.

Drenajes: Redón n.18 en subcutáneo x.2

Profilaxis antibiótica: Sí.

Técnica de Cierre: ver técnica. Vicrul en subcutáneo. Grapas y nylon en piel».

Este documento médico acredita que no se produjeron complicaciones ni incidencias durante el acto quirúrgico y que este se realizó correctamente, tal como

afirman los reclamantes y confirman los informes médicos incorporados durante la tramitación del procedimiento.

13. A las 15:00 horas se le trasladó a la Unidad de Reanimación y Recuperación post-anestésica. En esta Unidad se atiende a los pacientes tras la anestesia mediante un proceso controlado de recuperación gradual de las funciones orgánicas que pueden generar importantes complicaciones para el paciente. Se aplica un tratamiento adecuado y unos cuidados precisos que, tras un período de tiempo que varía según los casos, permite trasladar al paciente en las mejores condiciones posibles a la planta de hospitalización. Debido a la complejidad de las intervenciones quirúrgicas, se trata de una unidad de cuidados críticos para la atención de pacientes postquirúrgicos.

14. El informe, de 22 de mayo de 2015, del Jefe del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, transcribe los datos de la historia clínica que recogen la evolución del paciente durante su estancia en dicha Unidad. Su tenor es el siguiente:

«La nota de ingreso en reanimación cuenta:

Plan: -Vigilancia evolución. -Analítica y R.Tórax. -Hipotiroidismo (T4 hoy 0,37)

7.6.2013: A las 23:30h (Dra. H.G.), el paciente fue extubado sin incidencias. RxTx: cardiomegalia y discreta atelectasia pulmón izquierdo. Resto normal. Oligúrico que responde a expansión y líquidos. Solicitamos analítica y RxTx.

8.6.2013: A las 13:15h (Dr. S.O.), buena evolución clínica en postoperatorio inmediato. No focalidad neurológica, GCS 15. Hiperglucémico controlado con pauta móvil (38 UI/24h). No fiebre. Leucocitos en descenso. Ácido láctico 2,41, iones normales. No cultivos pendientes. Hemodinámica estable, con tendencia a la HTA, que se controla con bolos de labetalol. Hb 14,3 g/dL, plaquetas normales. No signos de sangrado. Respiratoriamente SatO₂ 98% con ventimask FiO₂ 0,5 para GA de control, pH 7,35, pO₂ 98,6, PCO₂ 50,8, HCO₃ 27,4 y EB +1,3. RxTx: hipoventilación bibasal. Congestión en ambos hilios.

Diuresis adecuadas forzadas con furosemida. Balance hídrico de +1350 ml. Expansión volumétrica. Cr 0,59, Urea 33, iones normales. CK normal.

Exploración física: consciente, orientado, normocoloreado, obesidad importante. Normocárdico, eupneico y sin trabajo respiratorio. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen difícil de explorar. No doloroso a palpación profunda. Débito por redón Derecho 180 ml hemático y redón izquierdo 220 ml hemático. No signos de peritonismo. Botas neumáticas en extremidades inferiores.

Juicio clínico: Postoperatorio de paciente obeso mórbido grado IV por By Pass distal con By Pass previo 2003. Hipotiroidismo post-tiroidectomía total. Los previos. VHC positivo.

Plan: 1.-Mismo tratamiento. Expansión volumétrica. 2.-Sentar o levantar en box. 3.-Vigilar hipotiroidismo en paciente postoperado. 4.- Seguir evolución.

9.6.2013: A las 0:40 h (Dr. S.O.), de la guardia destaca débito de 550 ml de aspecto hemático. Paciente anticoagulado + botas neumáticas dado antecedentes y obesidad. En hemoglobina de control, 12,30 g/dl (caída de dos puntos). Balance hídrico positivo. Diuresis escasa a pesar de expansión volumétrica. Permanece estable hemodinámicamente, con frecuencia cardíaca en torno a 85-90 lpm.

Plan: Se decide no administrar la dosis de heparina hoy. Vigilar débito por redones. El paciente, los días previos a la intervención, inició fase off de terapia tiroidea para rastreo por gammagrafía de control de neoplasia tiroidea previa. Explica la T4 baja. A pesar de tratamiento, tarda unos días en aumentar niveles. Bipedestación en la tarde sin incidencias durante 5 minutos. Solicito analítica y radiografía de tórax de control.

9.6.2013: A las 11:40h (Dr. M.), Se traslada a planta de Cirugía General. Ver informe de traslado ("Tabaiba").

Recomendaciones. -Mantener diuresis igual o por encima de 80 ml/h con furosemida 20 mg/6h intravenoso. - Clexane 60 mg/12h. -Se suspende cloruro mórfico y se le pasa a nolotil 2 g/6h iv. -Aerosoles atrovent/Ventolín cada 6 h. -Fisioterapia Respiratoria. -Movilización temprana».

En las notas de Enfermería correspondientes a su estancia en la Unidad de Reanimación y Recuperación post-anestésica figura lo siguiente:

«7 de junio: Analítica 15:46 h. Radiografía de tórax de seguimiento a las. 17:00 horas. Se extuba a las 21:00 h. sin incidencias.

8 de junio: "(...) Buena evolución clínica (...) hemodinámica estable (...)” Analítica 07.12 h. Rx. Tórax de control a las 08:00 h.

9 de junio: "(...) Permanece estable hemodinámicamente (...)” Analíticas a las 00:30 h y a las 07:09 h. Rx. tórax 07:45 h.».

El paciente permaneció en la Unidad de Reanimación aproximadamente 48 horas, puesto que ingresó a las 15:00 horas del 7 de junio y el 9 de junio alrededor de las 11:40 pasó a planta de hospitalización.

De la documentación clínica citada resulta que el paciente estuvo bajo vigilancia constante y que diariamente se le realizaron analíticas y radiografías de tórax. Presentó sangrado (hemático/serohemático) por los drenajes, si bien su situación

hemodinámica era de estabilidad porque no presentaba hipotensión, ni taquicardia, ni taquipnea (aumento del ritmo respiratorio), ni alteración del estado de conciencia. La causa de este sangrado se atribuyó al tratamiento anticoagulante cuya administración requería necesariamente el estado del paciente y que conlleva el riesgo de sangrado, como ya se recogió anteriormente. Por esta razón el día 8 los facultativos redujeron la pauta de heparina de bajo peso molecular con lo cual se obtuvo la mejoría del paciente como lo demuestra el hecho de que las analíticas día 9 objetivan que no existe anemización.

15. El 9 de junio, en planta de hospitalización de Cirugía, no se produjeron incidencias en el estado del paciente.

El 10 de junio a las 03:37 horas se registró «Estable hemodinámicamente. Afebril y asintomático. Realizados cuidados de enfermería y cambios posturales. Retiradas las 2 vías periféricas. Descansa» (nota 12 de enfermería).

A las 07:23 horas consta que realizó deposición con rectorragia y el drenaje derecho obtiene 530 cc de sangre. Se extrae analítica urgente (nota 13 de enfermería). El facultativo que lo examinó a las 10:00 horas redujo la dosis de heparina, prescribió la transfusión de dos concentrados de hematíes, que se administraron entre las 12:00 y las 22:10 horas, recomendó vigilancia, y cursó una petición de interconsulta con el Servicio de Endocrinología por hiperglucemia relacionada con la diabetes que padecía H.M.G..

A las 19:36 horas se registra: «Consciente, orientado, colaborador, hemodinámicamente estable (...) Sentado en la tarde (...)» (nota 15 de enfermería).

A las 02:00 horas del 11 de junio, H.M.G. avisó que se sentía «asfixiado» (nota 17 de enfermería). Una cirujana lo examinó y ordenó la práctica de las siguientes pruebas: analítica, radiografía de tórax y una tomografía axial computarizada (TAC) de cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste. Los informes de estas pruebas no aportaron nada concluyente. El informe TAC, obrante al folio 70 del expediente, recoge la existencia de adenopatías (inflamación de los ganglios linfáticos). Concluida la práctica de estas pruebas a las 05:00 horas la cirujana refleja en la historia clínica: «posible estenosis a nivel de anastomosis mecánica yeyuno-yeyunal, con dudosos signos de sangrado». Como la analítica indicaba la existencia de un deterioro hemodinámico y el estado del paciente acusaba un empeoramiento clínico, se decidió realizar una laparotomía de emergencia para encontrar la causa del empeoramiento hemodinámico y del estado del paciente. A las 06:00 horas del 11 de junio ingresó desde la Unidad de Reanimación en quirófano en situación de shock. Se

procedió a la inducción anestésica y antes de iniciar la cirugía sufrió fibrilación ventricular (parada cardiorrespiratoria) a las 06:30 horas. Por ello se procedió a la desfibrilación, disociación electromecánica y maniobras de reanimación avanzada, pero a pesar de las intensas maniobras de reanimación, falleció a las 07:35 horas.

16. En los casos en que los pacientes fallecen sin una causa clara de muerte o sin un diagnóstico principal conocido, o en los casos de pacientes con complicaciones médicas imprevistas o fallecimientos inexplicables tras procedimientos diagnósticos o terapéuticos, médicos o quirúrgicos, como fue el caso de H.M.G., conforme al Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre Autopsias Clínicas, se realiza por un médico anatomopatólogo (art. 3 R.D. 2230/1982) una necropsia o autopsia clínica, para averiguar el padecimiento fundamental, las alteraciones secundarias al *exitus* y aquellas otras derivadas del tratamiento, así como describir los hallazgos accesorios asintomáticos (art. 6 R.D. 2230/1982). Con la autorización de la familia se realizó la necropsia.

El resultado de la necropsia arrojó entre otras circunstancias la presencia de suturas competentes (es decir, que las suturas de la reciente intervención quirúrgica estaban correctamente hechas y que por tanto no existen fugas en la anastomosis practicada). Área de necrosis de 2,5 cm. perforada en remanente gástrico. Contenido hemático oscuro en estómago, cavidad peritoneal y tubo digestivo. Como causa de la muerte el informe de la necropsia expresa: «Hemorragia digestiva de origen gástrico. Shock hipovolémico».

La causa de la muerte fue una hemorragia digestiva que no tuvo su origen en las suturas de la anastomosis practicada, sino en la necrosis y consiguiente perforación de la parte remanente del estómago que la primera operación de cirugía gástrica había excluido del tránsito digestivo. Esta necrosis y la úlcera perforada que generó fue imposible diagnosticarla porque no expresó síntomas tales como dolor abdominal localizado en el epigastrio con náuseas, ni la detectaron las numerosas radiografías de tórax que le realizaron ni el TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste. Tampoco una endoscopia hubiera permitido diagnosticarla, porque, como se recogió con anterioridad, no se puede acceder con un endoscopio a la parte remanente del estómago excluida del tránsito digestivo.

17. En definitiva, la causa del fallecimiento de H.M.G. fue la úlcera necrótica perforada, una patología imposible de diagnosticar por los medios actuales de la ciencia médica, y porque el estado del paciente no permitía la práctica de una

endoscopia. El único síntoma que mostraba de esa patología consistía en signos de sangrado a través de los drenajes, sin desestabilización hemodinámica, ya que no presentaba hipotensión, ni taquicardia, ni taquipnea, ni alteración del estado de conciencia. Por esta razón la causa de este sangrado se atribuyó al tratamiento anticoagulante, sospecha que fue confirmada porque al reducir las dosis de heparina mejoró el estado del paciente, tal como resulta de que las analíticas posteriores a esa reducción de la heparina indicaban que no existía anemia. Como explica el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General, el tratamiento del sangrado postoperatorio consiste en bajar y/o suspender las dosis de heparina, reponer las pérdidas hemáticas y esperar la evolución. Solo si se produce desestabilización hemodinámica, se adoptan medidas más agresivas.

18. La operación de cirugía gástrica se adecuó a la *lex artis ad hoc*.

En el tratamiento postoperatorio del paciente se siguieron los procedimientos habituales de vigilancia, control, profilaxis antibiótica y tromboembólica, control de constantes, controles analíticos y radiografías. Ante los signos de sangrado se procedió también conforme a la *lex artis ad hoc*.

Desde el momento en que el paciente empeoró, al cuarto día del postoperatorio, se realizaron todas las pruebas diagnósticas pertinentes para identificar la causa. Una de ellas, la analítica, mostró la existencia de desestabilización hemodinámica. Como su origen, la úlcera necrótica perforada, por su naturaleza no pudo ser identificada por las pruebas diagnósticas aplicadas, que eran todas a las que se podía recurrir, se decidió realizar cirugía laparoscópica que permite observar el interior del abdomen para establecer un diagnóstico y proceder a las operaciones quirúrgicas pertinentes. La laparoscopia no se llevó a cabo por fallecimiento del paciente tras la inducción anestésica.

III

1. Según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto este que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1

RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En el presente procedimiento la reclamación se basa principalmente en la afirmación de que el fallecimiento del paciente fue causado porque la asistencia postoperatoria fue inadecuada, ya que el paciente estuvo con hemorragia más de 48 horas sin que se le realizara ninguna prueba de control hasta la madrugada previa al *exitus* y los facultativos se limitaron única y exclusivamente a realizarle transfusiones de sangre lo que dificultó aún más el diagnóstico. Pero los reclamantes, sobre los cuales recae el *onus probandi*, no aportan ni proponen prueba que demuestre estos extremos de hecho:

- a) Que el paciente estuvo con hemorragia más de 48 horas.
- b) Que no se le realizó ninguna prueba de control hasta la madrugada previa al *exitus*.
- c) Que los facultativos se limitaron única y exclusivamente a realizarle transfusiones de sangre.
- d) Que las transfusiones de sangre dificultaron el diagnóstico de la úlcera perforada.

Sin la prueba de estos extremos de hecho, es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia postoperatoria y el óbito del paciente. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

2. Además, esas afirmaciones de hecho no se corresponden con la realidad. Tal como se ha recogido en el Fundamento anterior, de la documentación médica resulta incontestable que en la asistencia postoperatoria del paciente se siguieron los procedimientos adecuados y necesarios de vigilancia, control, profilaxis antibiótica y tromboembólica, control de constantes, controles analíticos y radiografías. Ante los signos de sangrado se procedió también conforme a la *lex artis ad hoc*.

3. Los signos de sangrado sin desestabilización hemodinámica y sin dolor abdominal localizado en el epigastrio con náuseas no podían obligar a sospechar la existencia de la úlcera necrótica perforada, porque esos signos eran inherentes al tratamiento con heparina y desaparecieron en un primer momento con la reducción de su administración.

4. En su Sentencia de 11 abril 2014 (RJ 2014\2612), la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo resume su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, “como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria” (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)».

En el mismo sentido, la anterior Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 (RJ 2011\3643) dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*, puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón, no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

5. La *lex artis ad hoc* se define de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 (RJ 1990, 668) y 29 de junio de 1990 (RJ 1990, 4945), expresaron: “que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada “lex artis ad hoc”, es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional», y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por “lex artis ad hoc”, como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su

intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal "lex" implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la "lex" es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto "ad hoc": tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha "lex artis"; así como en toda profesión rige una "lex artis" que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa "lex", aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991 [RJ 1991, 2209]). STS de 26 marzo de 2004, RJ 2004\1668.

6. El diagnóstico médico es un juicio clínico sobre el estado de salud de una persona y que establece, a partir de los síntomas, signos y hallazgos de las exploraciones y pruebas a un paciente, la situación patológica en que se encuentra. Por regla general una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma. Normalmente un síntoma no es exclusivo de una patología. Diferentes patologías pueden expresar síntomas idénticos. Por ello no es jurídicamente exigible para todos los supuestos el diagnóstico certero y en consecuencia el error científico médico en principio no puede originar sin más responsabilidad. Esta solo surge cuando el error de diagnóstico se debe a una manifiesta negligencia o ignorancia o por no emplear oportunamente los medios técnicos y pruebas médicas que ayudan a evitar los errores de apreciación.

Por esta razón, en la STS de 6 de octubre de 2005 (RJ 2005\8763) se declara que:

«(...) no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad, o cuando los mismos resultan enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia (STS de 10 de diciembre de 1996), y tampoco cuando quepa calificar el error de diagnóstico de disculpable o de apreciación (STS de 8 de abril de 1996)».

En la STS de 17 julio de 2012 (RJ 2012\8488), se razona lo siguiente:

«Por último señalar que el motivo del recurso parte de una afirmación que es negada en la Sentencia -hace principio de la cuestión-; "existe un error diagnóstico por falta de medios diagnósticos diferenciales" .

Esta cuestión es ampliamente resuelta en la Sentencia recurrida que valorando el conjunto probatorio afirma que: “los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin mas indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”».

En el mismo sentido, se pronuncian las SSTS de 19 de abril de 2011 (RJ 2011\3643) y de 24 de abril de 2012 (RJ 2012\6228).

7. En el presente caso está acreditado que el sangrado que presentaba el paciente no iba acompañado de desestabilización hemodinámica y de dolor abdominal localizado en el epigastrio con náuseas, síntomas característicos de la perforación de una úlcera gástrica, por lo que no podía obligar a sospechar su existencia, máxime cuando el mero sangrado era inherente al tratamiento con heparina y desapareció en un primer momento con la reducción de su administración. Por consiguiente, no cabe en este supuesto afirmar la existencia de un error de diagnóstico constitutivo de una infracción de la *lex artis ad hoc*, porque no se daba la tríada de síntomas propios de la perforación de una úlcera gástrica y porque el único presente, el sangrado, se correspondía de una manera evidente y característica con la administración de heparina.

8. En el escrito de reclamación también se afirma que no consta el documento del consentimiento informado de H.M.G. a la intervención quirúrgica, pero no se razona por qué la alegada omisión hace recaer sobre el Servicio Canario de la Salud la obligación de responder por su óbito.

Riesgo iatrogénico de la cirugía abierta de la obesidad mediante conversión a bypass gástrico distal es la aparición en el postoperatorio de una hemorragia intraabdominal que puede causar la muerte; en el caso de que se hubiera omitido la información previa y por escrito de la posibilidad de la plasmación de ese riesgo, a fin de que el paciente en el mismo documento expresara su consentimiento informado a la intervención, entonces el Servicio Canario de la Salud respondería patrimonialmente si ese riesgo de muerte se concretara. Pero si la hemorragia intraabdominal no fuera consecuencia iatrogénica de la cirugía, sino que su origen estuviera en una patología previa e indetectable del paciente, como la úlcera perforada del presente caso, entonces el Servicio Canario de la Salud no respondería patrimonialmente por el resultado de muerte, porque este no sería la realización de un riesgo iatrogénico que se ocultó al paciente.

Sin embargo, no es necesario que descendamos al análisis de si aquí se está ante ese supuesto porque la afirmación de que no existe el documento del consentimiento informado es desmentida por la existencia en la historia clínica de dos documentos de consentimiento informado para cirugía abierta de la obesidad mediante conversión a bypass gástrico distal que el paciente suscribió el 20 de agosto de 2009 y el 15 de febrero de 2012. Ambos documentos están correctamente cumplimentados.

9. En el escrito de reclamación también se afirma que el Servicio Canario de la Salud no atendió a la solicitud de su hermano de una segunda opinión médica, pero tampoco se razona por qué motivo la alegada omisión hace recaer sobre aquel la obligación de responder por la muerte del paciente. Tampoco esta afirmación se corresponde con la realidad, porque, como se recogió anteriormente, en el expediente consta que el día 7 de diciembre de 2012 el paciente solicitó a la dirección del Área de Salud de Gran Canaria una segunda opinión médica por los facultativos del CHUIMI. La solicitud la formuló para las especialidades de Urología, Hematología, Cirugía General, Endocrinología, Medicina Interna, Digestivo, Oncología, Cirugía Máxilofacial, Oftalmología, etc. y entre marzo y abril de 2013 se le facilitaron citas en las consultas externas de todos esos servicios de especialidades médicas del CHUIMI, Urología, Endocrinología, Medicina Interna, Unidad del Dolor, Cirugía General y Digestiva, Oncología, Hematología, etc.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, dirigida a la desestimación de la pretensión resarcitoria de la reclamación presentada por M.M.G., es conforme a Derecho.