



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 0 4 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 29 de septiembre 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 (...), (...) y (...), herederos de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 318/2016 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, es preciso recordar lo manifestado al respecto en el Dictamen anteriormente emitido en este asunto (DCC 90/2016), relatado de la siguiente manera:

«(...) 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 requería de intervención

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

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

Así lo informó el Dr. (...), 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 transcurrió 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».

4. Además, se añadió al respecto en dicho Dictamen que:

«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. (...), 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 pudieron 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».

5. Son de aplicación 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, aprobado por el Real Decreto

429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP). Asimismo la legislación aplicable al servicio público prestado: Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad; Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia reinformación y Documentación clínica.

II

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. 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, que fue objeto del Dictamen de este Consejo Consultivo 90/2016, de 30 de marzo, por el que se solicitó al Servicio Canario de la Salud un informe complementario a través del cual se contestaran una serie de preguntas relacionadas con cuestiones esenciales para poder emitir un dictamen de fondo, lo cual se hizo mediante el informe complementario emitido por dos especialistas en la materia, uno de ellos el Doctor que realizó la primera intervención quirúrgica, contestando adecuadamente a cada una de las cuestiones planteadas.

Posteriormente, se otorgó a los interesados el trámite de vista y audiencia, quienes no presentaron escrito de alegaciones alguno.

Por último, se emitió una Propuesta de Resolución definitiva, desconociéndose su fecha de emisión.

2. 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).

III

1. La Propuesta de Resolución definitiva, nuevamente 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 por el que se reclama.

2. A través del informe complementario emitido y del resto de informes y documentación adjunta al expediente ya obrantes en este Organismo, ha resultado acreditado, en primer lugar, que el Dr. (...), quien efectuó la primera intervención y bajo cuya dirección se desarrolló todo el proceso médico aplicado a la fallecida, estuvo de permiso durante los días 10, 11, 12, 15, 17, 18 y 19 de marzo, permisos que se solicitaron con antelación de varias semanas a la primera intervención y que se solicitaron y se otorgaron a través de los cauces previstos por la normativa aplicable, por tanto, de forma adecuada y debidamente justificada.

En segundo lugar, durante su ausencia la interesada fue atendida en todo momento por Doctores especialistas en cirugía general y digestiva, en radiología, aparato digestivo y UVI, suficientemente cualificados, tal y como consta en el informe complementario y sin que los interesados hayan demostrado mediante medio probatorio válido en Derecho que la fallecida hubiera sido desatendida en algún momento o, al menos, que la atención recibida no hubiera sido la de especialistas adecuados a sus dolencias, quienes sustituyeron correctamente al médico ausente, mientras se dio esta circunstancia.

3. En cuanto a las actuaciones médicas realizadas a la fallecida, consta en el informe complementario que se llevó a cabo el protocolo de actuación médica previsto para dolencias como la suya y se hizo de forma correcta y escalonada, siguiendo el orden de medios menos agresivos a los medios quirúrgicos que finalmente se emplearon, tal y como se confirma por el resto de documentación adjunta al expediente, lo cual supone una actuación conforme a la *lex artis*. Y sin que tampoco se haya probado por los interesados que los medios y actuaciones médicas dispensados a la fallecida fueran inadecuados a su dolencia y evolución de la misma o que se hubieran prestado deficientemente.

4. En relación con la extirpación de la vesícula biliar, que se efectuó durante la primera intervención, no sólo tal posibilidad constaba en la documentación correspondiente al consentimiento informado (folio 843), sino que se justifica en el informe complementario al manifestarse que:

«(...) Para poder realizar ese control del pedículo portal derecho es imprescindible la realización de una colecistectomía (...)».

Además, tal extirpación no sólo era necesaria para poder realizar convenientemente la intervención quirúrgica que se pretendía, sino que, como informan los especialistas, la misma no tuvo ninguna influencia en el resultado final ni en las distintas complicaciones que surgieron después, como tampoco fue la causante de la fuga biliar que padeció la interesada, sin que se haya demostrado por los interesados lo contrario o que estas afirmaciones fueran erróneas.

5. Asimismo, en lo referente a la lesión causante de la fuga biliar, sin olvidar que se trata de uno de los posibles riesgos de la intervención a la que se sometió a la fallecida, pues así consta en la documentación del consentimiento informado, los especialistas en el referido informe complementario señalan tanto en lo que respecta a su origen como a la solución que se le intentó dar lo siguiente:

«Para la disección extraglisioniana del pedículo portal derecho es necesario disecar un plano sutil existente entre ambos pedículos portales y la superficie del hígado a nivel de la bifurcación portal. Durante esa maniobra se produjo un evento adverso favorecido por la obesidad de la paciente, que consistió en la lesión de un radical biliar de 3 mm procedente de la vía biliar izquierda a nivel de la bifurcación (...)».

Además, se añade que esta lesión se detectó durante la intervención, reparándose mediante la correspondiente sutura, la cual se comprobó que fuera estanca y que no existía extravasación de bilis. Por tal motivo, los Doctores consideran que la fuga biliar se produjo por una mala cicatrización de la lesión, la cual fue inevitable y ajena a la propia intervención.

6. En conclusión, en todo momento se pusieron a disposición de la fallecida la totalidad de los medios personales y materiales adecuados a su dolencia y a la evolución de la misma, actuándose de forma correcta y conforme a la *lex artis ad hoc* por los Doctores que la atendieron pero, desgraciadamente y pese a todo ello, se hicieron efectivos los riesgos previstos en el consentimiento informado, siendo inevitable el fallecimiento de la afectada.

7. Este Consejo Consultivo ha señalado tanto en lo que se refiere a la actuación médica conforme a *lex artis*, como a los supuestos en los que los hechos finalmente acontecidos estén incluidos dentro de los riesgos previstos en el consentimiento informado (por todos, Dictamen de este Organismo 42/2016, de 18 de febrero) que:

«3. Pues bien, con relación al consentimiento informado, este Consejo Consultivo ha manifestado reiteradamente (DDCC 76/2015, de 3 de marzo, 230/2015, de 25 de junio, y

281/2015, de 22 de julio, entre otros muchos), siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo en la materia, que el consentimiento informado constituye uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía y el deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo, lo que resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que de concretarse este la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

Además, este Consejo Consultivo ha manifestado también en dichos dictámenes y en otros muchos que en el ámbito de la actuación sanitaria la responsabilidad patrimonial radica en la constatación de que en el caso concreto ha habido una actuación médica deficiente y contraria a la *lex artis*».

Todo ello es aplicable a este supuesto, sin que los interesados hayan demostrado que ello no es así, tal y como se ha razonado en el presente fundamento.

8. Por todo ello, se considera que no ha quedado demostrada la existencia de relación causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño por el que se reclama.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, se considera conforme a Derecho en base a lo razonado en los Fundamentos a este Dictamen.