



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 7 1 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 17 de noviembre 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 (...), en nombre y representación de su hija menor, por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 358/2016 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, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un Organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. Los interesados en este procedimiento no han cuantificado la indemnización que reclaman. Sin embargo, la Administración ha solicitado el presente Dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización supera los seis mil euros. Esta última cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero 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 el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

Resulta igualmente aplicable 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, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima, de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre.

II

1. (...) y (...) formulan el 30 de marzo de 2012 reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija menor de edad en un Centro concertado.

Los reclamantes exponen, entre otros extremos, lo siguiente:

- Con fecha 23 de diciembre de 2010, su hija menor fue intervenida de apendicitis en el Hospital (...). Al finalizar la intervención el cirujano les comunica que se trataba de una apendicitis gangrenosa y que deja la herida abierta para que supure, pero sin drenaje.

- Los días siguientes su hija estaba fatal, todo el día vomitando y muy pálida. Se lo comentan al cirujano y a las enfermeras y les dicen que es normal, que era por la anestesia. El día 25 por la noche la herida huele mal.

- Con fecha 26 de diciembre, a las 8:38 h, la reclamante le comenta al médico que la herida huele mal, a lo que éste le resta importancia. Sobre las 11:00 h se avisa al médico porque a la afectada le duele el estómago. El médico le presiona el abdomen y no para de salir un líquido amarillo y maloliente. Sin darle importancia, el médico se va y le dice a las enfermeras que la va a intervenir a las 13:00h

- A las 13:00 horas el médico llega a la habitación de (...), vestido de motero. La reclamante expone que no saben dónde estuvo ni lo que hizo durante esas horas para no poder atender a su hija de algo aparentemente grave, retrasando así la operación durante varias horas.

- Terminada la intervención, el facultativo les explica que la paciente tiene que quedarse unos días en la UCI porque está grave (shock séptico).

La hija de los reclamantes estuvo unos días muy grave en la UCI, en coma inducido. Afortunadamente los días fueron pasando, y la evolución fue buena.

Los reclamantes entienden que se trata de un caso claro de descuido y retraso en la atención a su hija, que motivaron las complicaciones que tuvieron lugar después. Sostienen que si le hubiesen colocado un drenaje tras la primera intervención se podría haber evitado la evolución posterior.

Indican además que la paciente fue intubada, no colocando bien el tubo, lo que ocasionó que a los tres días se le produjera un corte en la comisura de la boca que le dejará secuelas de por vida.

Los reclamantes no cuantifican la indemnización que solicitan.

2. En el presente procedimiento los reclamantes ostentan la condición de interesados en cuanto titular de un interés legítimo.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

En el expediente se encuentra asimismo pasivamente legitimado el Hospital (...), en su calidad de centro concertado.

3. La reclamación fue presentada el 30 de marzo de 2012, en relación con la asistencia sanitaria prestada a partir del 23 de diciembre de 2010 y de la que causó alta el 7 de febrero de 2011, sin que consten en el expediente incidencias posteriores en relación con los hechos por los que se reclama ni que el alcance de las secuelas se hubiera determinado con posterioridad a esta fecha.

No obstante, consta en el expediente que con fecha 10 de noviembre de 2011 los interesados presentaron escrito ante la Oficina Municipal de Información al Consumidor del Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana en el que se denunciaban los hechos acaecidos en el Hospital (...) y se solicitaba que se responsabilizara de los daños físicos y psicológicos causados.

De este escrito se dio traslado a la Dirección del Área de Salud de Gran Canaria, cuya actuación consistió en recabar información del referido Centro hospitalario y trasladar el escrito recibido a los interesados, sin que se calificara la denuncia presentada como escrito de responsabilidad patrimonial, a pesar de que en él se contenía una reclamación por los daños sufridos. Ello permite concluir en la formulación en plazo de la reclamación, si se tiene en cuenta la presentación de este escrito con fecha 10 de noviembre de 2011, antes del transcurso del plazo de un año que al efecto prevé el artículo 142.5 LRJAP-PAC.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 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 de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 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. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el artículo 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los artículos 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 24 de abril de 2012 (art. 6.2 RPAPRP) y 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), constando en el expediente los informes de los Servicios de Cirugía General y de Medicina Intensiva del Hospital (...) (art. 10.1 RPAPRP), así como copia de la historia clínica de la paciente obrante en el citado Centro concertado, en el Centro de Salud de Maspalomas y en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

A la reclamante y al Centro concertado se les ha otorgado asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), sin que presentaran alegaciones durante el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Viceconsejería de los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan acreditados en el expediente los siguientes antecedentes, conforme a los datos obrantes en su historia clínica, condensados por el Servicio de Inspección en su informe:

- El 22 de diciembre de 2010, a las 18:15 horas, la paciente es atendida en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Maspalomas, por cuadro de dolor abdominal, y se recomienda observación.

- El 23 de diciembre de 2010, a las 04:20 horas, acude de nuevo al citado Servicio, donde se diagnostica dolor abdominal para estudio, apendicitis y se deriva al Hospital (...).

- Ese mismo día a las 05:00 horas es valorada en Servicio de Urgencias del referido Centro hospitalario por dolor abdominal de 2-3 días de evolución al principio difuso y ahora localizado en fosa iliaca derecha (FID), sin fiebre ni vómitos, sin diarreas, buen estado general, en esa noche empeora.

Rx de abdomen sin hallazgos patológicos. Se realiza Hemograma, con leucocitosis de 3,950, desviación a la izquierda, y ecografía abdominal en la que se observa: "Escasa cantidad de líquido libre adyacente al ciego (menor de 5cc). No se observó la imagen correspondiente al apéndice cecal, sin embargo en el sitio referido con dolor se identifican 3 imágenes ovaladas con centro graso que corresponden a ganglios linfáticos de 1,3 cm de diámetro. Escasa peristalsis en Fosa Iliaca derecha."

Se diagnostica Apendicitis Aguda y se deriva a las 10:46 horas a Cirugía General y Digestiva, donde queda ingresada.

- También este mismo día se practica intervención quirúrgica, previa firma del consentimiento informado.

En la intervención se halla: Líquido libre claro al abrir la cavidad. Apéndice en posición retrocecal y adherida, con aspecto gangrenoso en su extremo distal. Se realiza Apendicectomía reglada. Cierre: Peritoneo: continua. Aponeurosis continua. Piel: Merilene 3/0.abierta. Profilaxis antibiótica mediante Ciprofloxacino 200 mgrs.

El diagnóstico postoperatorio fue de apendicitis gangrenosa retrocecal, confirmado posteriormente en el resultado de la anatomía patológica.

- El 24 diciembre 2010 presenta evolución favorable con constantes en rango normal, sin fiebre ni molestias, abdomen blando y depresible, con tolerancia a dieta, apósitos limpios.

- El 25 diciembre 2010 la paciente refiere diarreas acompañadas por náuseas, con vómitos durante la noche. En la exploración física se observa abdomen algo distendido, pero no doloroso a la palpación. La herida no presenta inflamación, con el fondo cubierto por fibrina, se realiza cura con crema de furacín. Se modifica el tratamiento.

- El 26 de diciembre de 2010 por la mañana, sobre las 8:30 horas, la paciente se encuentra peor.

Sobre las 10:27 horas el Dr. (...) expone: Herida infectada con pus. Se toma cultivo y se abre más la herida. Se realiza lavado con suero fisiológico y agua oxigenada, desbridamiento, cura con crema Furacín. Se cambia el antibiótico. Se pide eco abdominal para día siguiente. Se pide analítica de control.

A las 12:00 horas, a través de la herida empieza a supurar líquido purulento maloliente. Llegan resultados de hemograma con: leucopenia, (3,950 leucocitos) neutrofilia de 85% y PCR 47.

Se decide reintervenir a la paciente urgentemente por peritonitis generalizada.

- Se sube a la paciente al quirófano sobre las 13:33 horas, se firma consentimiento informado. Se realiza laparotomía exploradora, desbridamiento y drenaje. Hallazgos: Al abrir la cavidad se encuentra el líquido libre turbio, purulento con múltiples abscesos interasas del intestino delgado, en parietocólico derecho e izquierdo, además con absceso subfrénico izquierdo. Al abrir la cavidad se toma muestra para cultivo. Se revisa todo el intestino delgado desde Treitz a ciego. Se revisa colon. Aspiración de todo el líquido purulento. Se realizó lavado con abundante suero fisiológico tibio. Revisión del ciego, de la sutura de muñón apendicular, que se encuentra en perfectas condiciones, revisión de toda la cavidad con otro lavado. Control de hemostasia. Se colocan cuatro drenajes de Penrose: 2 del lado izquierdo hacia su región superior (subfrénico), e inferior en saco de (D.). 2 Penrose de lado derecho superior (subfrénico) e inferior entre las asas. Cierre de la herida quirúrgica con Monoplus I Lazo y Vicryl O entrecortado, piel con ethilón 3/0. Profilaxis antibiótica: Tazobactam.

El Diagnóstico es de múltiples abscesos intraabdominales. Shock séptico grave. Peritonitis generalizada.

Tratamientos realizados: Laparotomía exploradora, dresbridamiento, drenaje.

Se toma muestra para cultivo. Se realiza profilaxis antibiótica con antibióticos Tazobactam.

- Tras la intervención la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) bajo intubación orotraqueal, con juicio clínico de: shock séptico grave y peritonitis generalizada.

En esta Unidad a las 18:36 se toma vía femoral izquierda. A las 22:45 horas presenta evolución clínica caracterizada por inestabilidad hemodinámica, que ha precisado altas dosis de Noradrenalina. Comenzó a orinar y está con buena diuresis. Con tendencia a la acidosis respiratoria. Ácido Láctico elevado. Leucopenia. PVC:8: TA 110/60; FC: 145. Presenta fiebre de 38°C durante la noche. Mala situación clínica. Sedada con morfina y Midazolan. Se canaliza arteria femoral derecha sin complicaciones inmediatas.

A la exploración física llama la atención la ausencia de movimiento del hemitorax izquierdo por lo que se revisa RX de tórax y se objetiva el tubo orotraqueal dentro del bronquio principal derecho unos 3,5 cm. con zonas de atelectasia en pulmón izquierdo. Se solicita nueva Radiografía de tórax observando mejoría en la expansión del pulmón izquierdo y mejor intercambio gaseoso pudiendo bajar la FiO2 de 80% a 30%. A la auscultación tras la colocación del tubo orotraqueal, movimientos conservados en ambos hemitórax, algún roncas aislado en pulmón izquierdo, saturando al 100%. Se aumenta la PEEP para conseguir abrir la miniatelectasia del lado izquierdo.

Durante el ingreso en la UCI se le colocó tubo de intubación orotraqueal que le produjo un corte en la mejilla al tercer día.

- El día 28 de diciembre de 2010 presenta un neumotórax derecho, que se soluciona con drenaje pleural con reexpansión del pulmón.

- El 29 de diciembre de 2010 se solicita interconsulta al Servicio de Rehabilitación respiratoria. Cambios posturales. Rx tórax pulmón derecho con buena expansión, casi completa. Tubo de drenaje torácico bien posicionado, tubo endotraqueal bien posicionado. Se solicita TAC toracoabdominal para el día siguiente.

- El 30 de diciembre de 2010 presenta buena evolución clínica, analítica y constantes. Se realiza RX de tórax donde se observa: pulmón expandido, tubos,

catéteres bien posicionados, no condensaciones pulmonares. Con tubo de drenaje en el lado derecho.

Se realiza TAC toracoabdominal: Consolidación parénquima pulmonar con brocogramas aéreos. Moderado derrame pleural izquierdo. Mínima opacidad parenquimatosa basal posterior derecha sugestiva de microatelectasias. No se identifica cámaras de neumotorax. No imágenes de relevancia patológicas a nivel abdominal.

- El 31 de diciembre de 2010 la paciente se encuentra clínicamente mejor. Sin sedación. Tubo orotraqueal bien alojado y pulmón derecho expandido y con tubo de tórax en su sitio. Ante las lesiones producidas en los labios por el tubo orotraqueal, se decide cambio de sujeción del tubo para centrarlo mejor.

- El 1 de enero de 2011 la paciente se encuentra estable, con buena evolución clínica y de constantes y analíticas. Extubada en ventilación espontánea. Rx de tórax: Tubo traqueal en buena posición. Se observa pequeño Neumotórax de aproximadamente 10-15% en vértice derecho. Se mantiene en aspiración suave y se inicia fisioterapia respiratoria con espiración incentivada.

- El 2 de enero de 2011, paciente estable hemodinámicamente. Saturación 98-99% con gafas nasales. Deposiciones diarreicas, Rx tórax (1): Neumotórax de 60-70% pulmón derecho. Rx tórax (2). Se observa reexpansión del pulmón derecho.

- El 3 de enero de 2011 se encuentra hemodinámicamente con tendencia a la taquicardia, ligera taquipnea, Rx de tórax: tubo de tórax en posición, no neumotórax. Se retira sonda nasogástrica con nutrición oral con suplementos hiperproteicos. Vista herida por cirugía: buen aspecto, refiere el cirujano que si sigue así al día siguiente completa el cierre de la herida quirúrgica en el quirófano.

- El 4 de enero de 2011 presenta muy buena evolución clínica. Estable hemodinámicamente. Se indica pinzar el tubo de drenaje pleural. Se solicita nuevo TAC tóracoabdominal para dar alta a planta de cirugía.

- Ese mismo día, sobre las 12:47 hora, se realiza el cierre de piel entre puntos ya colocados con Miralene 3/0 de la herida abdominal, bajo anestesia local y sedación.

- El 5 de enero de 2011 sigue con buena evolución clínica, el cierre de la herida quirúrgica tiene buen aspecto y buena tolerancia digestiva.

Se realiza TAC de tórax y abdomen: Consolidación parénquima pulmonar con broncogramas aéreos, basal izquierda. Moderado derrame pleural izquierdo. No se

identifican cámaras de neumotórax. En el estudio abdominal no se identifican alteraciones de relevancia patológica. Se retira el tubo de drenaje torácico sin presentar complicaciones.

- El 7 de enero de 2011 presenta buena evolución clínica. Rx de tórax: se aprecia nuevamente neumotórax derecho. Mínimo derrame base izquierda. Ante los hallazgos radiológicos y la existencia de neumotorax recidivante. Se solicita traslado a Cirugía Torácica del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria por carecer el Hospital (...) de Servicio de Cirugía Torácica.

- Este mismo día la paciente ingresa en el Servicio de Cirugía Torácica del citado Hospital bajo el diagnóstico de neumotórax persistente. Se realiza Rx al ingreso que confirma un neumotórax derecho del 40%.

Se establece drenaje pleural por cirugía, con evolución satisfactoria sin complicaciones con tratamiento médico y de fisioterapia respiratoria.

Recibe el alta el 14 de enero de 2011 con diagnóstico de neumotórax derecho.

2. Los interesados en este procedimiento centran su reclamación en la inadecuada asistencia sanitaria prestada a su hija en el Centro concertado debido a la no colocación de drenaje tras la intervención quirúrgica de apendicectomía gangrenosa, al retraso en la segunda intervención quirúrgica que se practicó y, por último, a las lesiones causadas a la paciente en la comisura derecha de la boca.

En la Propuesta de Resolución culminatoria del procedimiento se considera, en cambio, que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante fue acorde a la *lex artis*, por lo que se propone la desestimación de la reclamación presentada por la interesada.

3. Como acaba de señalarse, los reclamantes alegan que la infección padecida por la paciente tras la intervención de apendicectomía gangrenosa fue originada por la falta de colocación de drenaje.

Informa a este respecto el Servicio de Cirugía del Centro concertado que la apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más frecuente en los hospitales. Se estima que de los pacientes con abdomen agudo, más del 50% corresponden a apendicitis aguda. A pesar de ser un proceso benigno y con buen pronóstico inicial, presenta una tasa de complicaciones postoperatorias (infecciones de herida quirúrgica, íleo postoperatorio, abscesos residuales, etc.).

Se explica en este informe que la apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal, cuya etología no se puede establecer en la mayoría de los casos. La obstrucción del apéndice produce edema, que conduce a más obstrucción, para cerrar un círculo vicioso. Inicialmente la obstrucción comprime los conductos linfáticos, que genera inflamación del apéndice y la evolución hacia una apendicitis catarral. Posteriormente, la isquemia, edema y acumulación de moco genera la apendicitis flemonosa, para pasar a la gangrenosa debido a la trombosis de los vasos sanguíneos apendiculares, la cual produce necrosis de la pared y gangrena. Finalmente se produce la perforación del apéndice cecal, en el lugar donde la pared es más débil, con la salida del contenido purulento dando origen a una peritonitis.

Se añade que el tratamiento de una apendicitis aguda es quirúrgico y que en el Hospital (...) se realiza como protocolo la apendicectomía abierta. En cuanto al tratamiento quirúrgico, expone que cada etapa de la apendicitis tiene sus modificaciones en el tratamiento quirúrgico. En el caso concreto de la apendicitis gangrenosa, indica que se administra pauta de amoxicilina/clavulánico o cefalosporina durante al menos 5 días y no está indicado colocar drenaje. Este drenaje se puede colocar en apendicitis gangrenosa perforada, plastrón periapendicular, absceso periapendicular, peritonitis difusa o invaginación del muñón apendicular. Tampoco está indicado el lavado de la cavidad abdominal.

También se pone de manifiesto que según el grado evolutivo de la apendicitis, los pacientes presentan diferentes tasas de complicaciones, que en el caso de la apendicitis gangrenosa pueden ocurrir hasta en el 18% de los casos. Durante el postoperatorio las heridas quirúrgicas presentan casi un 10% de infecciones, indicándose en este informe que es preferible dejar la piel abierta durante 2-4 días, ya que el efecto estético es mejor. En estos casos se realiza cierre de la pared abdominal hasta el tejido subcutáneo, dejando puntos separados en la piel de la herida.

Se concluye en este informe que en una apendicitis gangrenosa no perforada, como ocurrió en el caso de la paciente, no está indicada la colocación de drenaje de la cavidad abdominal, resaltando también que la paciente estuvo cubierta con antibiótico de amplio espectro.

El Servicio de Inspección por su parte y en relación con la herida quirúrgica expone que, con el objetivo de disminuir el riesgo de infección en la zona de la intervención, la incisión de la piel no se sutura con cierre primario, sino que se deja

abierta, pasando a resolverse posteriormente por cierre retardado, o se permitirá el cierre por segunda intención.

Pone asimismo de manifiesto que los pacientes sometidos a una apendicectomía para la apendicitis complicada, que se define como apendicitis gangrenosa (muerte del tejido blando) o perforada (rotura), tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones.

En cuanto a la colocación de un drenaje quirúrgico para prevenir el absceso intraperitoneal después de una apendicectomía para apendicitis complicada, refiere que es una cuestión controvertida. De esta forma, expone, la mayoría de los cirujanos que prefieren utilizarlos basan esta práctica en permitir la libre salida de fluidos que potencialmente pueden provocar un absceso, si bien existen numerosos estudios que no han demostrado que este uso disminuya el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, incluyendo el desarrollo de abscesos residuales. Otros autores sin embargo consideran ineficaz la utilización de drenaje en las infecciones intraabdominales generalizadas, una vez que se ha conseguido controlar el foco de la infección y el peritoneo ha sido limpiado con lavado peritoneal.

En el ensayo llevado a cabo en la actualidad, no hubo diferencia en la tasa de absceso intraperitoneal entre el uso de drenajes y ningún uso de los mismos, aunque la estancia hospitalaria fue mayor en el caso de los pacientes a los que se les colocó el drenaje (cerca de dos días, aumentando la estancia promedio en un 34,4%). No está claro si el uso habitual de drenajes presenta algún efecto sobre la prevención del absceso intraperitoneal después de la apendicectomía abierta en caso de apendicitis complicada. El uso habitual de drenaje después de una apendicectomía de urgencia puede retrasar el alta hospitalaria para los pacientes con apendicitis complicada.

El Servicio de Inspección por último coincide con el informe del Servicio de Cirugía del Centro concertado en señalar que el drenaje se puede colocar en apendicitis gangrenosa perforada, plastrón periapendicular, absceso periapendicular, peritonitis difusa o invaginación del muñón apendicular, no estando el caso de la paciente dentro de ninguno de estos supuestos contemplados.

De estos informes resulta pues que no se encuentra demostrado por la ciencia médica que el uso de drenajes disminuya el riesgo de complicaciones postquirúrgicas y que su empleo está indicado en patologías que no estaban presentes en la paciente, por lo que no puede sostenerse que la asistencia sanitaria que se le prestó

no fuera la adecuada. Consta además en el expediente que a la paciente se le practicaron las curas pertinentes y administrado terapia antibiótica de amplio espectro.

Los padres de la paciente por otra parte fueron debidamente informados de los riesgos propios de la intervención, constando en el expediente el documento de consentimiento informado para cirugía de urgencias en el que se incluyen las posibles complicaciones, entre ellas la infección como riesgo propio de la misma. Se añade en este documento que tales complicaciones pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

4. Alegan en segundo lugar los reclamantes que se produjo un retraso en la práctica de la segunda intervención quirúrgica, pues el estado de su hija fue comprobado por el cirujano a primeras horas de la mañana del día 26 de diciembre de 2010 y la cirugía no se practicó hasta varias horas después.

Este retraso a que se refieren los interesados no constituye sin embargo una mala praxis, teniendo en cuenta que, de acuerdo con los informes obrantes en el expediente, el transcurso de este tiempo fue necesario al objeto de practicar las pruebas que resultaban precisas para poder efectuar la intervención.

En este sentido, informa el Servicio de Cirugía del Centro concertado que el día 26 de diciembre de 2010, por la mañana, la madre de la paciente avisó al cirujano del malestar de su hija, con el mal olor de la herida quirúrgica y supuración de la misma. La paciente presentaba síntomas de íleo prolongado, con leve distensión abdominal, náuseas y deposiciones diarreicas del día anterior. En este momento, bajo anestesia local se realiza revisión de la herida quirúrgica, sin encontrar material purulento. Después de atenderla se solicitó hemograma de control con PCR para estudio evolutivo y se planteó realizar estudio ecográfico al día siguiente.

No obstante, a las 12:00 horas del mismo día, el facultativo vuelve a ver a la paciente, constatando que a través de la herida empieza a supurar líquido purulento maloliente. Llegan también los resultados de hemograma con leucopenia, neutrofilia y PCR de 47, por lo que decide reintervenir a la paciente de forma urgente. La decisión de reintervenir a un paciente, operado de apendicitis aguda gangrenosa hace 3 días, con el tratamiento antibiótico según protocolo tiene que estar bien justificado. Se explica en este informe que debe valorarse el estado general del paciente, las pruebas adicionales como el hemograma, PCR y estudio radiológico. Con un estudio analítico de leucopenia, PCR de 47 y herida cerrada, lo más probable es que la intervención se hubiese retrasado a la espera del estudio radiológico del

TAC abdominal. En este caso indica que por tener la herida abierta y en la exploración observar supuración de la misma, se decide intervención urgente, trasladando a la paciente a quirófano a las 13:33 horas. Esta segunda intervención consistió en laparotomía mediana amplia, pues, según se informa, ofrece un buen acceso a la cavidad abdominal, cuestión imprescindible ante la complicación presentada (múltiples abscesos intraabdominales)

Sobre esta cuestión resulta asimismo coincidente el Servicio de Inspección en su informe, pues considera que se pusieron al alcance de la paciente los medios diagnósticos y terapéuticos en tiempo y forma oportunos para confirmar el diagnóstico de shock séptico y peritonitis generalizada. La paciente se encontraba ingresada en un centro hospitalario, sometida a vigilancia y control, y se realizaron tanto la exploración física, inspección, palpación del abdomen, como la apertura y drenaje de la herida quirúrgica, analítica y toma de muestra del exudado para cultivo.

Continúa señalando que la evolución clínica y la analítica, así como el cultivo, que fueron solicitados, conllevan necesariamente un tiempo de espera prudencial hasta obtener los resultados, si bien ante el empeoramiento de los síntomas y con el resultado de la analítica, se determinó la necesidad de realizar laparotomía exploradora con carácter urgente alrededor de las 13:00 horas, encontrándose media hora después en el área quirúrgica para ser intervenida.

Concluye por todo ello que el tiempo transcurrido entre la primera y la segunda visita del cirujano en la planta, el día 26 de diciembre de 2010, hasta que se realizó la intervención quirúrgica sobre las 13:30, es un tiempo más que razonable, ya que en ese tiempo se obtuvieron los resultados analíticos y coincidió con otra supuración espontánea de la herida quirúrgica, siendo el momento en el que se decide reintervenir de urgencias y su posterior ingreso en UCI.

No se aprecia por todo ello el alegado retraso injustificado en la práctica de esta intervención.

Por otra parte, las complicaciones posteriores padecidas se describen en el informe de la Unidad de Cuidados Intensivos como complicaciones propias de su proceso, que fueron además resueltas hasta alcanzar la curación de las mismas.

5. Alegan por último los interesados que su hija sufrió una lesión en la comisura de la boca como consecuencia de una incorrecta colocación del tubo orotraqueal.

Consta en el expediente que efectivamente la intubación orotraqueal produjo esta lesión a la paciente, que se detecta el 29 de diciembre de 2010, tres días después de practicada, y conllevó que el día 31 del mismo mes se decidiera el cambio de sujeción del tubo. Consta asimismo en la historia clínica que se le practicaba higiene bucal en profundidad.

En el informe de la UCI se indica a este respecto que las complicaciones derivadas de la actuación médica en relación con la intubación orotraqueal están reflejadas en la literatura como frecuentes, aunque nunca deseadas, como puede ser la migración del tubo orotraqueal, que ocurrió en la paciente a su ingreso en intensivos y que se resolvió sin incidencias y la aparición de una lesión por apoyo en el labio, que suele ser más tardía, y si aparecen de forma precoz es debido normalmente a la presencia de enfermedades asociadas o en caso de desnutrición proteica.

En relación con esta complicación, el Servicio de Inspección hace constar que el manejo de la vía aérea del paciente crítico es una técnica que habitualmente debe realizarse en situación de urgencia y por ello la probabilidad de que se presenten dificultades no previstas en la intubación orotraqueal y de la aparición de complicaciones son significativamente más altas en situación de urgencia que en los casos programados. Entre estas complicaciones pueden ser graves o leves-moderadas, encontrándose entre estas últimas el daño en partes blandas o sangrado de cavidad oral.

La paciente sufrió pues una complicación posible derivada de la intubación en una situación de urgencia, sin que exista en el expediente dato alguno que permita sostener que se produjo como consecuencia de una inadecuada asistencia sanitaria.

6. En definitiva, procede concluir que la asistencia sanitaria que le fue prestada a la reclamante fue acorde a la *lex artis*, pues se utilizaron en su caso las técnicas quirúrgicas y los tratamientos adecuados ante la patología inicialmente padecida, así como en orden a solventar las complicaciones surgidas con posterioridad, de las que se consiguió su curación.

A este respecto se ha de considerar que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como obligadamente se repite en los Dictámenes de este Consejo Consultivo, el funcionamiento del servicio público de la sanidad se dirige a 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.

De esta forma, 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 sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados 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.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la Salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. De esta forma, solo si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

Aplicada esta doctrina al presente caso y por las razones que ya se han expuesto, la asistencia sanitaria prestada a la paciente se ajusta a este criterio de la *lex artis*, pues se pusieron a su disposición todos los medios necesarios para tratar la grave enfermedad padecida y sus complicaciones posteriores.

Por último, los padres de la menor recibieron la debida información sobre los riesgos de la intervención, que fueron conocidos y asumidos por ellos en el momento

en que se manifestó su consentimiento para la práctica de la apendicectomía. El consentimiento informado (arts. 8 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) constituye uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar los daños derivados de un acto médico correcto, por lo que también desde esta perspectiva la asistencia sanitaria puede considerarse ajustada a la *lex artis*.

Por todo ello, procede concluir que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación presentada por (...) y (...), en nombre y representación de su hija menor, se considera conforme a Derecho.