



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 7 3 / 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 362/2016 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 reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado el 17 de agosto de 2012 por (...), solicitando una indemnización por los daños producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. Solicita una indemnización de 60.000 euros, cuantía que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 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), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

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

4. 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, como en la mayoría de los procedimientos de responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, se ha superado en casi cuatro años; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de resolver expresamente, aun vencido el plazo resolutorio, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

5. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

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 Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

6. En la tramitación del procedimiento se ha cumplido con el recibimiento a prueba (documental compuesta por la historia clínica y pericial en informe aportado por la interesada) y remitidos los distintos informes de los servicios que prestaron la asistencia sanitaria por la que se reclama (Servicios de Urgencias y Cirugía General y Digestiva), así como el del Servicio de Inspección y Prestaciones.

Evacuado el trámite de audiencia, no se presentan alegaciones ni otros documentos.

II

1. La interesada basa su pretensión en las siguientes alegaciones:

«Que con fecha 17 de septiembre de 2011 por causa imputable a la actuación del Servicio de Urgencias y posteriormente del Servicio de Cirugía Digestiva 1 [del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC)], se me produjeron los siguientes daños y perjuicios:

En el Servicio de Urgencias se realizó un diagnóstico erróneo, a pesar de venir diagnosticada de una probable apendicitis, por el médico de urgencias de mi centro de salud. Considero que no recibí la atención hospitalaria necesaria, pues estuve desde las 7:00 de la mañana hasta las 17:00, sin practicarme más que una radiografía y una analítica que nunca llegó, pues me comentaron que se había caído el sistema informático y por ello a las 17:00 horas deciden darme alta y me mandan a mi casa con tratamiento. En todo momento estuve en una camilla en el pasillo, el tratamiento para el diagnóstico que me habían dado, que se trataba, según la doctora de urgencias, de un CÓLICO NEFRÍTICO, era buscapina y primperan para los vómitos. Cuando llegué retorciendo de dolor, y en una o dos horas volví al hospital.

Nuevamente me pusieron en una camilla y no fue hasta las 2:00 de la mañana cuando me vio un cirujano, que no dudó en dar el diagnóstico final. Tenía una apendicitis y sería intervenida a las 8:00 de la mañana.

Me trasladan a un cubículo, en que permanezco con sueros para calmar el dolor NO hasta las 8:00 como me habían prometido, me prepararon para hacerme un TAC a las 13:00 y a partir de ahí, todo fue muy urgente, el apéndice se había roto en dos trozos y había causado una PERITONITIS PURULENTA CON GANGRENA y perforada.

En la intervención no se me deja ningún tipo de drenaje, para que la infección saliera al exterior, que según los médicos de planta, hubiese sido necesario.

Al cuarto día de la operación entré en estado grave, debido a una infección bacteriana, como consecuencia de la operación, puntualizar que el estudio de Anatomía Patológica, tardó varios días en llegar, esto provocó que no se me estuviese administrando el tratamiento de antibióticos, que frenara la bacteria y las consecuencias fueron nefastas.

Tuvieron que abrirme de nuevo la herida y colocarme un drenaje de urgencia, tuve un derrame pleural en ambos pulmones y mi estado fue realmente lamentable, hasta que se hizo cargo de mi caso el Equipo de Cirugía Digestiva III.

Un mes después del alta médica, tuve la revisión pertinente y me dieron el alta del hospital, yo seguía insistiendo que tenía la parte derecha muy inflamada, que seguía con dolor y que no podía comer bien, ni evacuar y que mi situación no había mejorado mucho en relación a cuando me dieron el alta hospitalaria, aun así no se me practicó ninguna prueba.

Ante esta situación en enero de 2012, decido irme por mi cuenta a un médico privado y me confirma que tengo ASAS INTESTINALES CERCA DE LA PARED ABDOMINAL y aconseja se me realice una ecografía de partes blandas. Razón por la que pido cita de nuevo en el Servicio de Cirugía y comienza de nuevo el estudio.

Debido al cúmulo de errores o negligencias, ahora me encuentro, casi un año después, en lista de espera, para ser intervenida de nuevo de una HERNIA DE PARED ABDOMINAL,

consecuencia de la anterior infección bacteriana, que me afectó a la musculatura del abdomen.

Los daños tanto físicos como psicológicos que me han causado, han repercutido muy negativamente en mi vida personal y laboral, pues considero que me han hasta ahora, arruinado un año de mi vida».

La reclamante considera que de los anteriores hechos resulta evidente la relación de causalidad entre las lesiones producidas y el funcionamiento de los servicios públicos de esta Administración, pues a causa del Servicio de Urgencias y del Servicio de Cirugía I se le produjeron unas lesiones por las cuales se encuentra en la situación ya mencionada. Sostiene que es consciente de que si hubiese recibido la atención hospitalaria que necesitaba, «esto hubiese sido una operación simple y no hubiese pasado por tanto sufrimiento».

Finalmente, pide una indemnización de 60.000 euros.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones, de la documentación médica obrante en el expediente, constituida por el historial de la interesada y por los informes emitidos por los facultativos que participaron en la atención sanitaria prestada, lleva a cabo la siguiente relación de hechos, que a continuación se expone resumidamente:

La paciente el día 15 de septiembre de 2011 acude a su Médico de Familia por cuadro de dolor abdominal con vértigos. Se realiza exploración física y como resultado se le diagnostica gastritis aguda; se le pauta Buscapina. El día 16 de septiembre acude de nuevo al centro de salud por dolor abdominal sin vómitos ni fiebre. Se realiza exploración física: siendo el abdomen doloroso a la exploración más localizado en fosa ilíaca derecha (FID). Se remite al Servicio de Urgencias del HUNSC por posible cuadro de apendicitis.

Según Informe del Coordinador de Urgencias, la interesada acudió al servicio de Urgencias el día 16 de septiembre de 2011, a las 07:49 horas, refiriendo dolor abdominal, que comenzó en FID pero se irradia a losa renal derecha e hipogastrio, de dos días de evolución, sin vómitos, ni fiebre. En la exploración física se comprobó que la paciente estaba consciente y orientada, normocoloreada e hidratada, eupneica en reposo, con ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Por la exploración abdominal se describe: abdomen blando, depresible, dolor en flanco derecho, peristaltismo positivo, no se palpan masas ni megalias, y la puño percusión renal derecha es dolorosa. Se le solicitaron las siguientes pruebas complementarias: Hemograma y estudio de la

coagulación. Perfil bioquímico, Sedimento de orina y Radiografía de abdomen. Basado en la exploración física y ante la presencia de hematuria en la analítica, se hizo el Juicio diagnóstico de Cólico Nefrítico y se le dio de alta con el correspondiente tratamiento a las 17 horas.

A las 21:26 horas, del mismo día 16 de septiembre, o sea cuatro horas después, la paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias por aumento del dolor cólico en hemiabdomen inferior de predominio en FID y náuseas. Disuria. No fiebre. Es valorada por los Médicos del Servicio de Urgencias que pasan a la exploración física y solicitan pruebas complementarias. Exploración física destacaba: Estable hemodinámicamente. Abdomen blando, depresible, con dolor espontáneo y a la palpación en cuadrante inferior del abdomen (FID, hipogastrio flanco derecho), con defensa en ese nivel e irradiación hacia fosa renal derecha. Blumberg positivo. Puño percusión renal derecha positiva (PPRD+), los ruidos intestinales estaban disminuidos. Ante este cambio en la clínica se decidió nuevo control analítico y se tuvieron los resultados (Leucocitos (23.700) + neutrofilia, orina+).

Se avisó al Servicio de Cirugía de guardia del día 16 de septiembre del 2011 que, tras valorar a la paciente, escribe a las 02:40 horas del día 17 de septiembre de 2011. "Refiere 2 días de evolución de dolor abdominal que comenzó en FID pero se irradiaba a losas renales e hipogastrio. Acudió a Urgencias ayer y fue etiquetada de cólico nefrítico. Hoy vuelve por aumento del dolor. No fiebre ni otros síntomas". Exploración física: Buen estado general, T.A 111/76, temperatura 37,5. Abdomen blando y depresible. Dolor espontáneo y a la palpación en cuadrante inferior del abdomen, FID, hipogastrio, flanco derecho con defensa en ese nivel. Se irradia hacia fosa renal derecha. Blumberg positivo. Puño percusión renal derecha positivo. Analítica: Leucocitosis con Neutrofilia (23,700 leucos. 89,9% neutrófilos).

Dada la clínica compatible tanto con: Pielonefritis/Cólico nefrítico versus Apendicitis Aguda, se solicita Ecografía. Se pautan antibióticos intravenosos pues la paciente presenta Leucocitosis + neutrofilia.

Se solicita por Urgencias Ecografía de abdomen completa cuyo informe concluye: FID con asas distendidas, muy dolorosas, no se consigue separar el asa para la exploración por no permitirlo la paciente por el intenso dolor. Ante la sospecha de plastrón apendicular, el Servicio de Radiología decide completar el estudio con un TAC abdominal con contraste. El Informe de TAC concluye: Apendicitis Aguda Perforada.

Ante este resultado es intervenida a las 13:30 horas del mismo día tras firmar consentimiento informado. Realizándose intervención quirúrgica con acceso laparotómico por incisión de McBurney, hallándose una peritonitis purulenta localizada en FID, con líquido libre sucio en pelvis, Apéndice Gangrenosa y Perforada, localizada en flanco FTD. Ante la localización retrolaterocecal de la misma se decide ampliación de la incisión previa. Realizándose apendicetomía de punta a zona media (rota) y luego de base del ciego al resto del apéndice. Se realiza cierre e invaginación del muñón apendicular en bolsa de tabaco, con lavado exhaustivo de la cavidad abdominal con suero salino abundante. Se realiza cierre de la pared abdominal por planos con material de Vicryl previo lavado de la herida quirúrgica. Apendicetomía abierta.

Queda ingresada en planta de cirugía general ese día a partir de las 18:03 horas. En informe anatomopatológico se refiere Apéndice cecal, Apendicectomía: Apendicitis aguda gangrenosa y perforada. La paciente evoluciona de forma lenta en el postoperatorio inmediato, presentando al 4º día postoperatorio (día 21 de septiembre de 2011) estado afebril y estable, tiene dificultad para moverse por el dolor. Ha expulsado gases y heces. Refiere náuseas con las comidas. Ha vomitado en 3 ocasiones con contenido bilioso. Se avisa al médico de guardia. En la valoración de la exploración física: Abdomen globuloso. Doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y flanco derecho. Ruidos intestinales peristálticos. Región edematosa y dura a la palpación. Dolor periherida. Zona eritematosa, caliente y dolorosa en región externa del muslo derecho. Plan: Se solicita Analítica urgente (03.600 leuc.). RX de abdomen (dilatación de asas izdas.). También se solicita Ecografía de abdomen urgente. Como Conclusión: Imágenes compatibles con área inflamatoria-flemonosa/colección no organizada en pared abdominal. No colección intraabdominal. Derrame pleural bilateral en escasa cuantía. Se cambia trato antibiótico y se solicita cultivo líquido peritoneal.

A las 20:00 horas del mismo día 21 de septiembre se avisa de nuevo por dolor en raíz de muslo derecho, flanco derecho y periherida y pubis. Con empastamiento en flanco derecho raíz del muslo, región inguinal y en FTD. Plan: Apertura de herida para limpieza y drenaje y se toman muestras para cultivo. Se solicita además Doppler de miembros inferiores arterial urgente y que concluye: Vena femoral común superficial, poplítea y distales de MIO permeables compresibles, con modulación respiratoria y respuesta a compresión distal. No Trombosis venosa profunda (TVP).

El día 22 de septiembre se aprecia mejoría clínica tras drenaje de herida quirúrgica con tejidos blandos menos inflamados, menos dolor. Se marcan bordes de celulitis. Abdomen blando, depresible. Herida exterior parcialmente abierta con teja. La paciente solicita traslado a la 7º planta por decisión propia. Plan mantener tratamiento.

El día 23 de septiembre la paciente sufre empeoramiento. Nuevo aumento de celulitis y edema, mejoría inicial tras drenaje el día 21. Se solicita TAC para descartar colección abdominal /retro. El mismo día 23 se realiza TAC de tórax, de abdomen y pelvis con contraste con carácter urgente. Se compara con estudios previos. Hallazgos: Cambios postquirúrgicos en fosa ilíaca derecha, con una pequeña colección líquida de 1,2x3x3,3 cm. con una única burbuja aérea en su interior. Se detecta una colección líquida disecando los planos musculares de la pared abdominal lateral derecha, de 1,2 cm. de grosor y que se extiende craneocaudalmente por una longitud de 17 cm., aproximadamente. Aparición de derrame pleural bilateral, con atelectasia compresiva en ambas bases pulmonares.

El día 24 de septiembre los resultados del cultivo del exudado de la herida da Positivo para *Morganella morganii*. A partir de este momento la paciente evoluciona favorablemente con una clara mejoría clínica y analítica: celulitis en franca disminución con buena tolerancia a la dieta oral, tránsito intestinal recuperado y heridas sin complicaciones.

Los días posteriores tiene una evolución favorable, afebril con disminución significativa de la celulitis.

Causa alta hospitalaria el día 3 de octubre tras la resolución de la apendicitis aguda y sus consecuencias a nivel sistémico y local a nivel de la herida.

En revisión por el Servicio de Cirugía del HUNSC con fecha de 12 de enero de 2012, la paciente refiere estreñimiento que le origina molestias en FID. A la exploración física: abdomen blando, depresible, no doloroso, no masas, ni megalias. Tratamiento: Plantaben y analgesia simple. Se la cita para el 11 de abril de 2012.

En enero de 2012, la paciente acude a médico especialista en Aparato Digestivo privado en Policlínico de Güímar, que realiza informe donde refiere: «Desde la intervención de apendicitis en septiembre de 2011 está molesta con dolor en dicha zona. Por ecografía abdominal (10-01-2012): Asas intestinales cercanas a pared

abdominal. Aconsejamos ecografía de partes blandas para descartar patología de pared abdominal».

En revisión el día 11 de abril de 2012, en el Servicio de Cirugía del HUNSC, el cirujano en su informe manifiesta «Paciente con apendicitis complicada con absceso intrabdominal y de pared que presenta Cuadros Suboclusivos de repetición por probable Síndrome Adherencial y además Eventración de Herida de Mac Bumcy por Apendicectomía previa». El cirujano solicita TAC de abdomen y pared para evaluación, y propone la cirugía. Estos cuadros le provocan a la paciente oclusiones que se resuelven con disminución de la ingesta y despeños diarreicos que la incapacitan temporalmente.

El 4 de mayo de 2012 se realiza TAC de abdomen y pelvis sin contraste en Servicio de Radiología y Medicina Nuclear del HUNSC. Como conclusión: Hernia de Spiegel derecha sin signos de encarceración. Cálculos renales bilaterales. Sin otros hallazgos de interés.

El día 6 de junio de 2012 la paciente acude de nuevo a consulta de cirugía del HUNSC con TAC abdominal que informa: Hernia de Spiegel. El cirujano escribe: «yo creo que es una eventración». Se la incluye en lista de espera. Se da consentimiento informado. La paciente solicita cambio a Cirugía Digestiva III.

Está puesta en lista de espera para intervención quirúrgica desde el día 6 de junio de 2012.

El día 29 de noviembre de 2012 la paciente decide realizarse la intervención de forma privada en la Clínica (...) en Santa Cruz de Tenerife. El Juicio diagnóstico tras cirugía es Eventración de herida de Mac Burney.

3. El Servicio de Inspección y Prestaciones, analizado el caso, considera que:

La paciente, cuando acudió en dos ocasiones al Servicio de Urgencias también por dolor abdominal, fue valorada por el médico que, tras la exploración física, solicitó pruebas analíticas y radiografía de abdomen y, a la luz de resultado de las mismas, y la sintomatología que presentaba en ese momento, le diagnosticaron cólico nefrítico y la derivaron a su domicilio con tratamiento. Cuando volvió de nuevo el día 16 de septiembre a las 17:30, el médico del Servicio de Urgencia le practicó exploración física y solicitó de nuevo analítica, y a la luz de los resultados consultó con el Servicio de Cirugía de guardia, que tras valorarla y ante un diagnóstico diferencial complejo -apendicitis aguda, Cólico biliar, Pielonefritis- solicita una ecografía de abdomen para confirmar el diagnóstico, y comienza Profilaxis

antibiótica intravenosa. Se le comunica a la paciente que a la vista de los resultados se decidiría la intervención quirúrgica.

Una vez realizada la ecografía abdominal, y ante la dudosa imagen de plastrón apendicular, los radiólogos deciden realizar un TAC de abdomen, que tras los resultados concluyen: Se trata de un apéndice retrocecal, posicionado fuera de lo habitual, con imagen de apéndice perforado. Se decide intervenir quirúrgicamente el día 17 de septiembre de 2011 a las 13:30 horas, previa firma de Consentimiento Informado.

El dolor en fosa iliaca derecha es complejo y dificultoso por la cantidad de vísceras y órganos que conforman dicha cavidad anatómica, por tanto cuando el cirujano hizo la valoración quirúrgica inicial, puso a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos precisos en tiempo y forma para confirmar la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda, según Guías y Protocolos Médicos vigentes.

La apendicitis retrocecal, perforada y gangrenosa, consiste en la inflamación del apéndice y no siempre presenta los síntomas claros, por lo que a veces se confunde con otras afecciones como alteraciones ginecológicas, lo que retrasa el diagnóstico. Las variaciones de los síntomas en los cuadros de apendicitis son generalmente causados por una localización anatómica inusual del apéndice o la presencia de otra enfermedad. Cuando el apéndice es retrocecal el dolor puede ser en el flanco o posterior, si la punta inflamada reposa a nivel del uréter el dolor puede ser referido a la región inguinal o testicular y síntomas urinarios pueden estar presentes; similarmente, en apendicitis pélvica con la punta cerca de la vejiga puede haber frecuencia urinaria o disuria, y si se desarrolla un absceso pélvico los síntomas urinarios pueden ser más severos e incluso puede haber diarreas, no obstante que al inicio de la enfermedad el estreñimiento es la regla. Por tanto, en este caso según el informe del TAC abdominal con contraste realizado el 17 de septiembre de 2011 concluye: Ciego mal posicionado situado encima de la región umbilical, con apéndice largo, de aproximadamente 10 cm, con dirección posterior y media y extremo distal anterior a los vasos iliacos. Esto además viene a corroborar y explicar la atipicidad y complejidad en el diagnóstico diferencial del cuadro aquejado por la paciente dado la variación anatómica que presentaba su apéndice cecal.

El hecho de no colocar drenaje quirúrgico a través de la herida quirúrgica en la apendicitis aguda, se ha hecho con un criterio premeditado y apoyado en la literatura científica consultada a los efectos que concluye la no existencia de

beneficios e incluso algunos autores argumentan el aumento de complicaciones con su uso.

En cuanto al uso de antibióticos, estos comenzaron a utilizarse preoperatoriamente como profilaxis en cuanto se objetivó por laboratorio la presencia de leucocitosis (23.000 con neutrofilia), el día 16 de septiembre en el Servicio de Urgencias, aún sin tener un diagnóstico de certeza.

La celulitis de pared abdominal es una de las complicaciones contempladas en la cirugía de apendicitis aguda. Se realizó el diagnóstico y tratamiento correctos, como fueron el TAC de abdomen, el cultivo, drenaje del absceso y la antibioterapia.

Por lo que se refiere a la hernia de pared abdominal, cuando la paciente es vista de nuevo en consultas externas del Servicio de Cirugía digestiva en enero del 2012 refiere molestias en FID, trastornos del hábito intestinal y problemas con la comida. Se realiza exploración abdominal, sin que la paciente manifieste dolor a la exploración por lo que se prescribe tratamiento médico y se la cita para nuevo control en abril de 2012. Por tanto, ni los síntomas clínicos ni, la exploración física de la paciente en ese momento sugieren a criterio del cirujano que exista la necesidad de realizar pruebas diagnósticas al respecto. La paciente previa a la cita concertada con el Servicio de cirugía, acude a clínica privada donde le solicitan una ecografía abdominal. No obstante, cuando acude de nuevo a control de Cirugía al HUNSC el día 11 de abril de 2012, el cirujano en su informe manifiesta: «Paciente con apendicitis complicada con absceso intrabdominal y de pared que presenta cuadros suboclusivos de repetición por probable síndrome adherencial y además eventración del Mcburney, y solicita TAC de abdomen y pared para evaluación y propone la cirugía».

Por tanto no se corresponde con los hechos que describe la paciente, que comience de nuevo el estudio, ya que existía una cita previa desde enero para abril de 2011 concertada por el cirujano del HUNSC.

Cuando se vuelve a valorar a la paciente en consulta de cirugía del HUNSC el día 6 de junio de 2011, con TAC abdominal realizado previamente, se la incluye en lista de espera para intervención quirúrgica. En ese mismo momento el cirujano escribe en la Historia Clínica «yo creo es una eventración».

La posibilidad de hernias postquirúrgicas existe y la frecuencia de las mismas después de incisión de McBurney es del 1% al 14%, teniendo como factores predisponentes: la presencia de sexo femenino, peritonitis, absceso e infección de

herida quirúrgica como ha sido este caso. Además, el día 04-05-2012 en TAC de abdomen sin contraste, se objetiva: Pequeña hernia de Spiegel derecha con contenido intestinal y graso omental, sin signos de incarceration.

Referente al punto de la intervención de la hernia de Macburney (diagnosticada por cirujano privado y Cirujano del HUNSC), si la paciente optó por operarse en Hospital (...), en Santa Cruz de Tenerife, obedece a elección volitiva personal de la paciente dado que el cirujano del HUNSC la había incluido en lista de espera el día 06-06-2012. Pues en las visitas previas y sucesivas en que acudió a control de cirugía del HUNSC no existían signos ni síntomas clínicos que indicaran la intervención urgente de la eventración de Mac Burney.

Considera la Inspección Médica que en ningún momento del proceso la paciente dejó de ser atendida y valorada, ni médicamente (anamnesis, exploración física), ni con los medios diagnósticos disponibles y puestos a su alcance (Laboratorio, Radiografía, ecografía, TAC), en un *continuum*, según evolución del proceso que la aquejaba, dolor en fosa ilíaca derecha, y que conlleva un complejo diagnóstico diferencial en función de los síntomas y signos que presentaba la paciente, y que así lo aconsejan todas las Guías Clínicas Médicas consultadas al respecto. Cuando la paciente empezó a presentar los síntomas y signos característicos de la apendicitis aguda y/o Peritonitis, las pruebas diagnósticas y el tratamiento a que fue sometida fue el correcto, aunque presentó complicaciones postoperatorias, por otra parte contempladas en todos los tratados científicos consultados al respecto, que pudieran afectar al estado psicológico, pero todas ellas fueron tratadas según los medios diagnósticos que tenemos al alcance según manda la *lex artis ad hoc*.

En definitiva, el Servicio de Inspección y Prestaciones concluye con que la actuación médica fue correcta sin que se pudiera evitar el daño alegado, ya que una vez hecho el diagnóstico diferencial y determinada finalmente la enfermedad padecida por la afectada de acuerdo con los medios existentes aplicados correctamente a los síntomas determinados, lo que nos lleva a confirmar que la afectada fue tratada con la diligencia médica oportuna aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia de esta rama posee y pone a disposición de la paciente.

Entiende, pues, que no se ha producido infracción alguna de la *lex artis*.

4. La Propuesta de Resolución, con base en los distintos informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación presentada por considerar que no concurren en

el presente caso los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad de la Administración.

III

1. La pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en varias actuaciones: primeramente en un error de diagnóstico ya que se le diagnosticó cólico nefrítico en vez de apendicitis. En segundo lugar, en que, como consecuencia de no poner ningún tipo de drenaje, para que la infección saliera al exterior, ni se le administrara antibióticos, que frenara la bacteria y las consecuencias fueron nefastas, tuvieron que abrirle de nuevo la herida y colocarle un drenaje de urgencia. Por último, en que, pese a que un mes después de la alta médica seguía con la parte derecha muy inflamada y con dolor, no se me practicó ninguna prueba.

Ante esta situación, en enero de 2012, decidió ir a un médico privado que confirma que tiene asas intestinales cerca de la pared abdominal y aconseja que se realice una ecografía de partes blandas, razón por la que comienza de nuevo el estudio en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

Y añade: debido al cúmulo de errores o negligencias, padece una hernia de pared abdominal, consecuencia de la anterior infección bacteriana.

2. Como este Consejo ha venido recordando reiteradamente desde entonces, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 11 abril 2014 (RJ 2014\2612), 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 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, acogido por este Consejo en todos sus pronunciamientos de esa naturaleza, 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 sólo 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.

3. La *lex artis ad hoc* se define de la siguiente manera, con arreglo a una conocida doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 y 29 de junio de 1990 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 trascendencia 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» (véase, por todas, la STS de 26 marzo de 2004).

4. Como también ha manifestado este Consejo en numerosas ocasiones, 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. Éste 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 Sentencia de 6 de octubre de 2005 el alto Tribunal declara lo siguiente:

«(...) 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 se razona de la siguiente manera:

«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 más 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 y de 24 de abril de 2012.

5. En el presente caso está acreditado que la paciente ha sido atendida adecuadamente en función de la patología que iba presentando atendiendo a la evolución de la misma. La paciente acudió en dos ocasiones a su Centro de Salud por dolor abdominal y en dos ocasiones al Servicio de Urgencias del HUNSC también por dolor abdominal. El día 16 de septiembre es valorada por el médico que, tras la exploración física, solicitó pruebas analíticas y radiografía de abdomen, y a la luz del resultado y la sintomatología que presentaba en ese momento, la diagnosticaron de cólico nefrítico y la derivaron a su domicilio con tratamiento. Cuando regresó de nuevo ese mismo día se le practicó exploración física y se solicitó de nuevo analítica, y en función de los resultados obtenidos se consultó con el Servicio de Cirugía de guardia, que tras valorarla y ante un diagnóstico diferencial complejo (apendicitis aguda, cólico biliar y pielonefritis), solicitó una ecografía de abdomen para confirmar el diagnóstico, dando comienzo la profilaxis antibiótica intravenosa. Una vez

realizada la ecografía abdominal, y ante la dudosa imagen de plastrón apendicular, los radiólogos decidieron realizar un TAC de abdomen, que confirmó que se trataba de un apéndice retrocecal, posicionado fuera de lo habitual, con imagen de apéndice perforado. Se decidió intervenir quirúrgicamente el día 17 de septiembre, previa firma del documento de Consentimiento Informado, por el que aceptó posibles complicaciones como, entre otras, dolor e infección intrabdominal, pudiendo llegar a requerir, como fue el caso, de reintervenciones.

Está acreditado que, en este momento del proceso, se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos precisos en tiempo y forma para confirmar la sospecha diagnóstica de apendicitis aguda, según Guías y Protocolos Médicos vigentes.

En cuanto al hecho de no colocar drenaje quirúrgico a través de la herida en la apendicitis aguda, el Servicio informa que se hizo con un criterio premeditado y apoyado en la literatura científica consultada (que confirma el Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe), concluyendo con la inexistencia de beneficios e incluso algunos autores argumentan el aumento de complicaciones con su uso.

Está acreditado en el expediente que se pautó el uso de antibióticos preoperatoriamente como profilaxis en cuanto se confirmó la presencia de leucocitosis (23.000 con neutrofilia), el día 16 de septiembre en el Servicio de Urgencias, aún sin tener un diagnóstico de certeza.

La celulitis de pared abdominal es una de las complicaciones contempladas en la cirugía de apendicitis aguda, complicación asumida mediante la firma del consentimiento informado. Aun así, se realizó un diagnóstico y tratamiento correctos, como fueron el TAC de abdomen, el cultivo, drenaje del absceso, y la antibioterapia.

Por lo que se refiere a la hernia de pared abdominal, cuando la paciente refiere molestias en FID, trastornos del hábito intestinal y problemas con la comida, se realiza exploración abdominal, sin que la paciente manifieste dolor a la exploración. Sin síntomas clínicos, el criterio del cirujano fue que no existía la necesidad de realizar pruebas diagnósticas al respecto.

No obstante, cuando acude de nuevo a control de Cirugía al HUNSC el día 11 de abril de 2012, el cirujano, ante probable síndrome adherencial y además eventración de Mcburney, solicita TAC de abdomen y pared para evaluación (que confirma la sospecha) y propone la cirugía.

El informe del SIP manifiesta que la posibilidad de hernias postquirúrgicas existe y la frecuencia de las mismas después de incisión de McBurney es del 1% al 14%, teniendo como factores predisponentes: la presencia de sexo femenino, peritonitis, absceso e infección de herida quirúrgica como ha sido este caso.

Pese a que se había incluido en lista de espera desde el día 6 de junio de 2012, la paciente optó por operarse fuera de los servicios públicos sanitarios, aunque no existían ni signos ni síntomas clínicos que indicaran la intervención urgente de la eventración de McBurney.

En resumen, en ningún momento del proceso la paciente dejó de ser atendida y valorada, ni médicamente (anamnesis, exploración física), ni con los medios diagnósticos disponibles y puestos a su alcance (analítica, radiografía, ecografía, TAC), según evolución del proceso: dolor en fosa ilíaca derecha, y que conlleva un complejo diagnóstico diferencial en función de los síntomas y signos que presentaba la paciente. A medida que la paciente empezó a presentar los síntomas y signos característicos de la apendicitis aguda y/o peritonitis -al igual que en las complicaciones postoperatorias- se le realizaron las pruebas diagnósticas adecuadas y el tratamiento a que fue sometida fue el correcto.

6. En definitiva, este Consejo considera que ha quedado acreditado que por parte de la Administración sanitaria se han puesto todos los medios posibles a disposición del paciente, habiéndose empleado las pruebas diagnósticas que se entendieron necesarias por parte de los distintos servicios especializados y en varias ocasiones para tratar las patologías que se iban presentando, sin que conste, más que por las alegaciones de la parte interesada, la existencia de error de diagnóstico, error o negligencia, por lo que se ha de concluir, coincidiendo con la propuesta de resolución, con que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución analizada es conforme a Derecho, de acuerdo con la argumentación que se expone en el Fundamento III.