



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 9 8 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 1 de diciembre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución 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. 378/2016 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por (...) en solicitud de una indemnización de 9.217 euros por las lesiones personales que alega que le ha irrogado la asistencia sanitaria prestada entre el 18 y el 30 de julio de 2013 en el Hospital Universitario de Nuestra Señora de La Candelaria (HUNSC), dependiente del SCS.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación 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); la cual es aplicable, en virtud de 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 Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP),

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

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

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autónoma, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución final es competencia del Director del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. De acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima, de la citada LPACAP, el presente procedimiento se rige por 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. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado; sin embargo esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-LPAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

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

Así, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular el preceptivo informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación del daño (art. 10.1 RPAPRP) y que está representado por los informes, de 10 de septiembre de 2014, y de 24 de junio de 2016 del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUNSC.

También se solicitó informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud, para que a la vista de la Historia Clínica de la paciente y del servicio mencionado, analizara la existencia o no de nexo causal entre la asistencia sanitaria prestada al paciente y las lesiones que alega.

Por parte del órgano instructor, en período probatorio, se admitió la documental incorporada por la Administración y la documental propuesta por la interesada.

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

Se redactó por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la propuesta de resolución, de sentido desestimatorio de la reclamación, que fue sometida a informe a la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias (aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero). El 24 de octubre de 2016 se emitió este informe que consideró la propuesta de resolución conforme a Derecho.

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

II

1. El fundamento fáctico de la pretensión, según los escritos de reclamación y de subsanación de ésta, es el siguiente:

La reclamante, en avanzado estado de gestación, por presentar oligoamnios leve-moderado, el 16 de julio de 2013 ingresó en el HUNSC. Se le indujo el parto sin éxito, por lo que se le practicó una cesárea el 18 de julio de 2013.

Recibió el alta hospitalaria el 22 de julio de 2013. El informe de Enfermería de alta hospitalaria refiere:

«(...) Riesgo de Infección relacionado con procedimientos invasivos (cirugía, cateterización venosa y vesical) y defensas primarias inadecuadas (heridas quirúrgicas) (...) Deterioro de la integridad cutánea relacionado con intervención quirúrgica (...)».

En el mismo informe también se recoge lo siguiente:

«(...) Al alta presenta los siguientes problemas no resueltos de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con herida quirúrgica (...)».

Con base en este informe de Enfermería de alta hospitalaria en el escrito de reclamación se afirma:

«(...) no es posible considerar correcta esta atención dispensada a (...) en atención a los sensible (sic) de la integridad cutánea derivados de la intervención quirúrgica (cesárea) que se le practicó.

(...)

Así pues, no puede descartarse una relación de causalidad entre el daño, que ya entonces se estaba gestando y que habría de traducirse, tras la extracción fetal, en una más que probable infección post parto, y la actuación de los servicios de la Administración».

El 24 de julio de 2013 acudió otra vez a urgencias del HUNSC con síntomas febriles de 38,80 C. derivado de la herida cicatricial. Al día siguiente se le realizó intervención de Friedich (Escisión de la herida) en el tejido celular de la cavidad abdominal.

El día 30 de julio de 2013 se le llevó de nuevo a quirófano para extracción de drenaje de Jackson Pratt sin complicaciones.

En la reclamación se afirma que, con ocasión de la práctica de la cesárea, los cirujanos dejaron por negligencia en la cavidad abdominal de la paciente una parte de un tubo de drenaje Jackson Pratt, lo cual le provocó un síndrome febril grave y la necesidad de reintervenirla quirúrgicamente para su extracción.

Los daños que le ha causado esa negligencia profesional son los siguientes: Colopatía funcional, angiomas hepáticos, cicatriz permanente en zona abdominal.

2. El informe, de 10 de septiembre de 2014, del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUNSC refiere:

«Revisada la Historia Clínica de (...), se pueden extraer los siguientes datos:

Ingresa el día 16 de julio 2013 con el diagnóstico de oligoamnios en la semana 41 para preinducción. El día 18 de julio se realiza cesárea por fracaso de inducción extrayendo un recién nacido varón de 3.610 gr. de peso, test. de apgar 9-10 y ph de cordón 7.33; en los datos de la hoja quirúrgica no figura ninguna incidencia durante la cesárea sin dejar ningún drenaje en la cavidad pélvica de la paciente. El curso clínico del postoperatorio es referido como normal, cursando alta hospitalaria el día 22 de julio del año 2013 (4º día del postoperatorio).

El día 24 de abril (6º día post cesárea) ingresa de urgencia por presentar cuadro compatible con infección de la herida quirúrgica. Se pauta tratamiento antibiótico endovenoso y el día 25 de julio se interviene, con revisión de la herida quirúrgica, Frederick

de fascia piel y tejido subcutáneo. Se sutura la cicatriz y se dejan dos drenajes, uno tipo Jackson Pratt en pelvis y uno tipo teja en tejido subcutáneo. Evolución postoperatoria normal. El cuarto día al intentar extraer el drenaje tipo Jackson Pratt se rompe no pudiendo retirar la parte distal del mismo, por lo que se informa a la paciente de que deberá realizarse dicha extracción en quirófano, lo cual se realiza 30 de julio (al día siguiente) con una mínima incisión en la porción lateral izquierda de la laparotomía tipo Pfannenstiel que tenía la paciente. El día 1 de agosto, el séptimo día que se produjo el drenaje quirúrgico, y dado la buena evolución se produce el alta clínica.

Diagnósticos:

1º.- Cesárea por fracaso de inducción

2º.- Infección de la herida quirúrgica

3º.- Obesidad mórbida

Resumen:

Se trata de una gestante primigesta a la que se realiza cesárea por fracaso de inducción, y que ingresa al sexto día del postoperatorio por una complicación infecciosa de la herida quirúrgica, resolviéndose de forma satisfactoria con el tratamiento pautado salvo la incidencia de la ruptura del dispositivo del drenaje tipo Jackson Pratt, también solucionado.

Valorando las alegaciones referidas en la reclamación de responsabilidad patrimonial se extraen las siguientes conclusiones:

1º.- Por motivos que desconozco en cuanto a la documentación clínica la paciente cree que durante la cesárea se dejó por negligencia el drenaje de Jackson Pratt en su abdomen, cuestión totalmente falsa porque en ningún lugar de la historia clínica, ni en la hoja quirúrgica figura que a la paciente se le haya puesto ningún drenaje tipo Jackson Pratt. Además no se entiende que durante los días posteriores a la cesárea, la señora no notara que no tenía ningún drenaje en su piel. Dicho dispositivo de drenaje se puso en la 2ª intervención del día 25-07-2014.

2º.- La incidencia de que se haya roto el drenaje durante el intento de extracción el cuarto día de la cirugía efectuada, en el segundo ingreso no se puede considerar ninguna negligencia sino una complicación técnica que puede ocurrir en algunas ocasiones y que fue solucionado el día siguiente.

3º.- Lo referido en el informe de alta de enfermería solamente indica que la paciente debido a su obesidad mórbida tenía más riesgo de tener una complicación infecciosa de la herida quirúrgica, de lo cual existen evidencias científicas.

4º.- Los informes de altas médicas están firmados por facultativos especialistas del servicio o tutelados por los mismos».

En el informe de 24 de junio de 2016 se explica que se trató de una cesárea urgente debido al fracaso de la inducción del parto en una gestante con obesidad mórbida, que había ingresado en la semana 41+2 de embarazo con oligoamnios leve-moderado. En el documento que recoge el consentimiento informado de la paciente para dicha inducción (páginas 225 y 226 del expediente), se especifica que se puede producir un fracaso de inducción, lo cual conlleva habitualmente a la realización de una cesárea para salvaguardar la vida de la madre y del niño. El consentimiento informado para la realización de la cesárea no se requirió porque se trataba de un procedimiento urgente.

3. El informe, de 1 de julio de 2016, de la inspectora médica del Servicio de Inspección y Prestaciones, tras relatar cronológicamente la asistencia sanitaria prestada a la reclamante, concluye:

«1.- La reclamación parte de una afirmación errónea al relacionar la infección de la herida quirúrgica con la supuesta permanencia, después de la cesárea, de parte de drenaje de Jackson Pratt. Este error de la reclamante tiene su base al considerar que el mencionado drenaje fue colocado durante la intervención cesárea, de este modo expresa llama la atención que al cerrar la herida mediante grapas, no detectaran algo “anormal” en el abdomen.

Frente a esta afirmación de la reclamante, a la vista de la Historia Clínica observamos que:

- En el procedimiento de cesárea no se colocó drenaje de Jackson Pratt.
- La infección en la herida quirúrgica fue previa a la colocación del citado drenaje.
- El drenaje de Jackson Pratt fue colocado al finalizar la intervención de Friedrich, precisamente en el abordaje de la infección de la herida.
- La infección fue exclusivamente de la herida, no había afectación de la cavidad abdominal (se describe “cavidad abdominal sin hallazgos patológicos”).

En la descripción de la intervención de cesárea en fecha 18 de julio de 2013, en la Historia Clínica, se expresa específicamente que no se colocó drenaje. Así en el apartado correspondiente “Drenaje: No”.

En cambio en la descripción correspondiente a la limpieza de herida en fecha 25 de julio de 2013 se deja constancia de colocación de drenajes. Así en el apartado correspondiente a drenajes “Jackson Pratt en pelvis y teja en subcutáneo, ambos fijados con seda”.

En conclusión, a la vista de la Historia Clínica observamos que primero aparece la infección y posteriormente dentro de su abordaje se deja colocado drenaje de Jackson Pratt y por tanto éste no fue el causante del cuadro motivo de ingreso en fecha 24 de julio de 2013.

En los mismos términos se ha expresado el Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología en relación al abordaje del cuadro infección de herida quirúrgica "Se pauta tratamiento antibiótico endovenoso y el día 25 de julio se interviene, con revisión de la herida quirúrgica, Fredeerich de fascia, piel y tejido subcutáneo. Se sutura la cicatriz y se dejan dos drenajes, uno tipo Jackson Pratt en pelvis y uno tipo teja en tejido subcutáneo".

2.- No existió diagnóstico tardío del fragmento de drenaje como se afirma en la reclamación.

El drenaje es colocado en fecha 25 de julio de 2013 y se retira en fecha 29 de julio de 2013. En el momento de retirada del drenaje, éste se parte y al no poderse retirar su parte distal, se programa para su retirada quirúrgica en el día siguiente previa información a la paciente. Por tanto el diagnóstico fue inmediato en fecha 29 de julio y su retirada, que era quirúrgica, programada para el día 30 de julio.

La única consecuencia de la retención de parte de drenaje es la nueva intervención que además se realiza mediante mínima incisión sobre la cicatriz ya existente de laparotomía de Pannestiel en su parte lateral izquierda. No presentó complicación alguna de este hecho describiéndose buena evolución con alta clínica y cicatriz en buen estado en fecha 1 de agosto de 2013.

3.- Se desprende de la reclamación confusión entre un diagnóstico médico y un diagnóstico de enfermería y entre un informe de alta médica y un informe de enfermería al alta.

El diagnóstico enfermero describe los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su formación y experiencia está capacitada y autorizadas a tratar (Gordon).

Un diagnóstico médico trata de una enfermedad o condición médica. Un diagnóstico de enfermería trata de la respuesta humana a los problemas reales o potenciales de salud y los procesos de la vida. Así, por ejemplo un accidente cerebrovascular es un diagnóstico médico dirigido a la patología concreta que ha sufrido el paciente Los diagnósticos de enfermería complementarios en este proceso del ejemplo tratan de alteraciones en la comunicación verbal, riesgo de caídas, la interrupción de procesos de familia y la impotencia, proporcionan una comprensión más holística de los efectos del accidente cerebrovascular en este paciente y su familia en particular.

En el presente caso, la paciente que tenía una herida quirúrgica (cesárea) presentaba "deterioro de la integridad cutánea" es decir alteración de la epidermis y/o dermis. En dicho informe se incluye las recomendaciones como no utilizar antisépticos, lavar la herida quirúrgica con agua y jabón, vigilar el aspecto de la herida, secar bien la herida sin flotar y dejar al aire, con la finalidad de vitar su infección.

El diagnóstico enfermero proporciona un enfoque de la planificación y evaluación de los cuidados enfermeros.

En relación al informe de alta de la paciente, es firmado por un médico. Distinto es la elaboración en el momento del alta del informe de enfermería que asegure la continuidad de cuidados en el nivel asistencial de atención primaria, es un instrumento de comunicación entre niveles asistenciales».

4. El 17 de diciembre de 2013 la médico de atención primaria la remitió a la atención especializada del aparato digestivo con el diagnóstico de colon irritable y con esta observación «(su hermana padece de colon irritable desde los 16 años- le hicieron colonoscopia)» (Página 64 del expediente).

5. El informe, de 27 de marzo de 2014, de los facultativos del servicio de aparato digestivo, hace constar entre sus antecedentes quirúrgicos la cesárea, la intervención por el absceso y la intervención para la retirada de drenaje. El informe refiere que se le han realizado dos ecografías que han hallado en el hígado dos hemangiomas. Como diagnósticos formula: «Colopatía funcional, angiomas hepáticos». Respecto a la situación de la paciente expresa: «Alta definitiva». (Páginas 80 y 81 del expediente).

Este informe médico no relaciona la colopatía funcional (o síndrome de intestino irritable, también denominado colitis nerviosa) ni los angiomas hepáticos (tumor benigno del hígado compuesto de vasos sanguíneos dilatados) con los antecedentes quirúrgicos de la paciente.

III

1. Según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la

eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Como se señaló la pretensión indemnizatoria se basa en estas dos afirmaciones de hecho:

a) Con ocasión de la práctica de la cesárea, los cirujanos dejaron por negligencia en la cavidad abdominal de la paciente una parte de un tubo de drenaje Jackson Pratt, lo cual le provocó un síndrome febril grave y la necesidad de reintervenirla quirúrgicamente para su extracción.

b) Esa negligencia profesional le ha causado las lesiones personales consistentes en colitis nerviosa, dos angiomas hepáticos y la cicatriz permanente en zona abdominal.

3. Por la documentación clínica y los informes médicos está demostrado que los cirujanos no dejaron por negligencia en la cavidad abdominal de la paciente una parte de un tubo de drenaje Jackson Pratt. Como está acreditado que el hecho lesivo alegado no se produjo, es imposible que la colitis nerviosa, y los dos angiomas hepáticos hayan sido causados por la asistencia sanitaria prestada por su embarazo. La reclamante no ha aportado prueba de exista un nexo causal entre esa asistencia y ambas patologías.

4. La otra lesión que se alega consiste en cicatriz abdominal permanente que ha dejado la cesárea, proceso quirúrgico que se realizó con carácter urgente para salvar la vida de la reclamante y de su hijo y cuya práctica había aceptado la paciente para el caso de que fracasara la inducción del parto. Se trata, por tanto, de un daño residual iatrogénico aceptado por la reclamante. Los daños iatrogénicos de una actuación médica correcta deben ser soportados por el paciente por ser inherentes, inevitables y necesarios para el restablecimiento de su salud y, por consiguiente no son antijurídicos, lo que determina, en virtud del primer inciso del art. 141.1 LRJAP-PAC, que no sean indemnizables.

CONCLUSIÓN

La propuesta de resolución, dirigida a la desestimación de la pretensión resarcitoria presentada por (...), es conforme a Derecho.