



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 27 de diciembre 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. 424/2016 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 del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado por (...), solicitando una indemnización de 291.568,28 euros por los daños que, alegó, le había causado la deficiente asistencia médica recibida de los facultativos del Servicio Canario de la Salud, debido al error en un diagnóstico que determinó que se realizara una segunda intervención innecesaria y causante de la evolución tórpida de su enfermedad.

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 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) que, en virtud de la disposición transitoria tercera a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de

---

\* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva, dado que la reclamante sufrió daños personales que achaca a la asistencia sanitaria prestada por la Administración demandada.

La reclamación se presentó el 14 de marzo de 2012, en relación un daño que comenzó en el año 2010 que ha continuado en el tiempo, por lo que está dentro del plazo que fija el art. 142.5 LRJAP-PAC, sin que pueda considerarse extemporánea.

4. 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 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.

## II

1. Los hechos en los que la reclamante basa su pretensión, según su escrito de reclamación, son los siguientes:

«(...) PRIMERO. El día 20 de enero de 2010 fui intervenida en el Hospital Dr. José Molina de Arrecife, para el tratamiento de neoplasia izquierda de vejiga por el doctor (...) Intervención que se me informó era sencilla y no presentaba complicación alguna.

SEGUNDO.- Desde el operatorio inmediato empiezo a sentir fuertes dolores abdominales, con náuseas y vómitos.

TERCERO.- A las 16:20 horas del día 21 de enero de 2010 se me lleva nuevamente a quirófano para nueva intervención consistente en laparotomía exploratoria pos sospecha de perforación vesical, la cual es descartada durante la intervención. Tras 2 horas en reanimación continuó presentado dolor abdominal y se me diagnostica "derrame pleural izquierdo". La hiponatremia persiste.

CUARTO.- El 22 de enero de 2010 se establece la impresión diagnóstica de Síndrome Post-RTU y pancreatitis aguda. Se me traslada a la UCI. Ese mismo día el Doctor (...) diagnostica pancreatitis aguda asociada a cirugía transuterina. Fracaso renal agudo. Hiponatremia secundaria RTV.

QUINTO. El 23 de enero de 2010 continuó con igual estado general.

SEXTO. El día 24 de enero presento alteraciones respiratorias y alteraciones hemodinámicas. El día 26 de enero se produjo Neumotórax que obligó a la colocación de un tubo de tórax izquierdo. El 11 de febrero de 2010 presento deterioro respiratorio que requiere intubación y respiración asistida. Fui diagnosticada de rotura vesical extra peritoneal de debido elevado, e intervenida de forma urgente por urología.

SEPTIMO.- Ante la gravedad de mi situación (y a petición de mis familiares) fui trasladada el día 16 de febrero de 2010 al Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. El 23 de marzo ingreso en UCI y se me realiza traqueostomía. Ante fuga vesical persistente se realiza nefrostomía bilateral.

El día 30 de abril de 2010 se me realiza CPRE por colestasis, con colocación de endoprótesis. Por hemorragia digestiva baja el 19 de mayo de 2010 y se me realiza hemicolectomía derecha más resección parcial de pseudoquiste pancreático.

OCTAVO.- Se me da el alta hospitalaria el día 4 de agosto de 2010, si bien continuó en tratamiento trasladándome a Las Palmas para ser atendida por el Servicio de Cirugía General y Digestiva y por el Servicio de Urología, así como por el de Neumología, para la realización de diversas pruebas.

Fui reingresada el 16 de agosto de 2010 en el Hospital Doctor José Molina Orosa Lanzarote, con absceso en fosa ilíaca derecha que es drenado, recibiendo alta hospitalaria el día 20 de agosto de 2010.

El día 18 de octubre de 2010 padezco infección urinaria por Klebsiella de la que fui tratada.

El día 7 de febrero de 2011 el Director Provincial de la Seguridad Social acepta la propuesta de igual fecha del Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial de Las Palmas según la cual en dicha fecha no es posible valorar con precisión las limitaciones dada las complicaciones post QX sufridas y la lenta evolución de cada una de ellas. Se acompaña copia de la referida propuesta así como de la resolución que acuerda reconocer la prórroga de mi incapacidad temporal por un plazo máximo de 6 meses.

El 15 de marzo de 2011 ingreso nuevamente en el Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote para ser intervenida de fístula traqueo cutánea crónica que es cerrada, siendo dada de alta hospitalaria el día 17 de marzo de 2011.

El día 24 de agosto de 2011 se dicta resolución por la que se me reconoce la incapacidad permanente en grado de absoluta para todo trabajo. Se acompaña copia de la referida resolución.

El 27 de febrero de 2012, tras la realización de diversas pruebas, fui diagnosticada de estenosis traqueal del 50% secundaria a intubación y traqueostomía prolongada por el Doctor (...) del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

NOVENO.- Del relato de los hechos que se ha realizado, lo que resulta evidente es que se ha producido un funcionamiento anormal del servicio público sanitario, al haberse cometido un error de diagnóstico de rotura vesical post RTU, error de diagnóstico que produjo que se realizara una segunda intervención, que descartó dicha rotura. Esa innecesaria intervención condicionó la evolución de Pancreatitis aguda post RTU que padecía agregando morbilidad al cuadro, tal y como así resulta del informe pericial médico realizado por el Perito Judicial de la Salud (...), que se acompaña a la presente con la documentación médica y fotografía anexas al mismo (...).

2. En cuanto a la tramitación del procedimiento, la reclamación fue admitida a trámite mediante Resolución de 12 de abril de 2012, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, en la que solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, para que a la vista de la historia clínica y del informe del Servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, se valore la existencia o no de relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada a la reclamante y los daños y perjuicios por los que reclama.

3. Con fecha 6 de julio de 2016, se emite el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, al que acompaña copia de la historia clínica de la reclamante obrante en el Servicio Canario de la Salud y de los informes preceptivos.

4. El órgano instructor acuerda abrir el período probatorio, admitiendo tanto la documental propuesta por la reclamante como la documental indicada por la Administración.

Igualmente, se acordó abrir el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente que fue notificado a la interesada, que formuló alegaciones reiterando lo manifestado en el escrito inicial de la reclamación.

5. En fecha 18 de noviembre de 2016, se emite la Propuesta de Resolución por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la reclamación, tras haber sido informada ajustada a Derecho por la Asesoría Jurídica Departamental [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero].

6. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del

procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma ley.

### III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por la interesada al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. En síntesis, la interesada alega que la asistencia sanitaria que le fue prestada fue deficiente al incurrir en un error de diagnóstico que determinó que se realizara una segunda intervención innecesaria y que condicionó la evolución de pancreatitis aguda post RTU que padecía.

3. En el ámbito de la Administración sanitaria, la responsabilidad patrimonial no está exclusivamente ligada a un fracaso en la actuación de los medios personales y materiales disponibles, ya que en la sanidad asistencial el éxito no puede garantizarse. Por tanto, la responsabilidad sanitaria está vinculada a una utilización conforme a los principios de la *lex artis ad hoc* de dichos medios personales y materiales.

El Tribunal Supremo, en su Sentencia de 11 abril 2014, 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».

A su vez, la STS de 19 abril 2011 dice que «(...) 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».

4. El Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe tras realizar una larga relación de los hechos ocurridos señala que la reclamante firmó consentimiento informado el 25 de noviembre de 2009 para la práctica de la resección transuretral (RTU). Dicho consentimiento informado advertía de los efectos indeseables y las complicaciones que, entre otras, podrían llegar a ocurrir, así como la urgente reintervención que incluía un riesgo de morbilidad.

Por tales motivos, el Servicio de Inspección y Prestaciones concluye que la laparotomía exploratoria efectuada de urgencia con fecha 21 de enero de 2010, fue totalmente necesaria debido a la existencia de datos clínicos, exploratorios y ecográficos compatibles con rotura vesical, siendo la exploración radiológica indicada en primer lugar la ecografía. Además, señala que en la rotura vesical se afecta intestino, vísceras vecinas y a su vez se produce peritonitis subsiguiente, por lo que se requería laparotomía exploradora para evitar consecuencias, por lo demás, la clínica inicial de la pancreatitis es similar a la de rotura vesical y aunque hubiese pancreatitis en ese momento no se descartaba la existencia de rotura vesical hasta explorar la zona quirúrgica.

El informe del facultativo que asistió a la paciente expone la necesidad de intervención de urgencia ante los síntomas que la paciente presentó, al indicar que: «(...) se han observado aumento de complicaciones y altísimo aumento de mortalidad si la actuación quirúrgica se retrasa y/o son tratadas con retraso las perforaciones vesicales (...)».

5. En dicho consentimiento informado (folios 169-171 del expediente), se expresa claramente entre otros: «comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes a cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como los específicos, etc., y que, de suceder complicación se necesitaría la práctica urgente y necesaria de otra intervención distinta que consistiría en una laparotomía, o en una punción-drenaje, de consecuencias imprevisibles donde se incluye remotamente la posibilidad de muerte hemorragia, fiebre, tromboembolismos, hemorragias digestivas, etc.». Igualmente indica: «que éstas

complicaciones pueden llegar a requerir una reintervención generalmente de urgencias, incluyendo un riesgo de mortalidad».

6. En el expediente no se ha constatado que en la primera intervención se produjera incidencia alguna que hiciera sospechar de una infracción de la *lex artis*, se ha seguido el protocolo médico previo a la intervención, así como en las actuaciones siguientes a la misma, lo que confirma el documento sobre el consentimiento informado, las diversas pruebas médicas practicadas como consecuencias de los síntomas padecidos por la paciente, y, en general, la inmediata actuación del servicio médico que le asistía en el seguimiento de su enfermedad ante la urgencia presentada. Tales razonamientos están verificados, entre otros, en el informe del urólogo que atendió a la paciente y la eficiencia en su actuación al indicar que en la madrugada lo avisan por dolor abdominal, náuseas y vómito, por lo que se realiza petición de analítica y ecografía urgente; también, la práctica de la ecografía abdominal, en la que se visualiza líquido libre abdominopélvico alrededor de la vejiga urinaria, entre asas en la región pelviana, periesplénico, perihéptico y entre hígado y riñón derecho, por lo que ante la sospecha de perforación vesical intraperitoneal se instaura tratamiento.

Los facultativos que asistieron a la paciente tras comprobar que no fue efectivo el tratamiento conservador, decidieron la práctica de laparotomía exploradora. En dicha intervención se revisa la vejiga intraperitoneal buscando alguna lesión visceral no encontrando lesión alguna ni vesical ni intraabdominal. Únicamente observaron abundante líquido que aparece ligeramente oscuro. Cerraron la vejiga con doble capa de sutura y dejaron varios drenajes. Por tanto, según los datos que constan en historia clínica y en informe del especialista en urología, fue la evolución clínica de la paciente y el resultado de la ecografía por lo que los urólogos decidieron intervenir de nuevo, el día 21 de enero de 2010.

7. Según se ha razonado en los diversos informes médicos, la laparotomía exploratoria efectuada de urgencia fue del todo necesaria, debido a la existencia de datos clínicos, exploratorios y ecográficos compatibles con rotura vesical.

Igualmente, se realizó el TAC el 26 de enero, sin que en ella se confirmara la pancreatitis, sin embargo, tal diagnóstico se confirmaría el 11 de febrero, fecha en la cual se realiza, tras empeoramiento, nuevo TAC que sí informa de signos claros de pancreatitis severa. Los facultativos nos indican que el TAC no es claro en el

diagnóstico de las pancreatitis, aunque sí en la evolución y pronóstico, además, se observa fístula vesical.

8. En definitiva, de la documental médica se desprende que las exploraciones con pruebas diagnósticas se efectuaron como están indicadas, en tiempo y forma, según la literatura médica, informes clínicos y estudio del historial médico.

Así, se ha constatado que la patología soportada por la paciente puede ocurrir tras una intervención quirúrgica como a la que fue sometida, al ser abdominal, existiendo factores de riesgo de los que fue informada. En el presente caso, la rotura vesical fue posterior al cuadro pancreático, pues, como hacen constar los facultativos, las enzimas pancreáticas lisan tejidos, los necrosan. Se constató que al encontrar la vejiga con rotura, en la tercera intervención, no encontraron los hilos de la sutura con que reforzaron la vejiga en la segunda intervención (la laparotomía), lo que llevó a la conclusión de que se lisaron al contacto con las secreciones del páncreas, ya que sabemos que tras la laparotomía o segunda intervención según informe urológico no existía rotura vesical.

Con todas las actuaciones practicadas, se acredita en el expediente que la técnica y la práctica fueron ajustadas al problema inicial, carcinoma vesical, y, a su vez a las patologías posteriores. En el postoperatorio, una evolución tórpida tras la pancreatitis aguda severa, fue causa de las complicaciones sufridas por la paciente. Por tanto, resulta evidente que tras la primera intervención, concurren complicaciones de diversa gravedad que necesitaron tratamientos urgentes como intubación y traqueostomía, necesarias para salvar la vida de la paciente, disponiendo de los medios según diagnóstico, de tratamiento y de personal sanitario al efecto de conseguir el restablecimiento de la salud de la paciente, lo que finalmente se consiguió a pesar de las complicaciones surgidas.

En asuntos sobre reclamaciones de responsabilidad sanitaria por supuesto error en el diagnóstico, la Doctrina del Consejo Consultivo de Canarias, por todos, el reciente Dictamen 406/2016, de 1 de diciembre, indica:

«(...) Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, acogido por este Consejo en todos los 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 (...)».

9. La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, al fundar su desestimación en los informes médicos obrantes en el expediente, la atención dispensada a la paciente fue conforme a la *lex artis* en todo momento, pues, como ya señalamos, la reclamante firmó el documento de consentimiento informado, por lo que no desconocía los riesgos derivados de la misma, finalmente materializados. La intervención se realizó conforme a la buena práctica médica, sin perjuicio de que no se pudiera evitar las complicaciones descritas, de las que igualmente fue tratada la paciente mediante la práctica de todas las técnicas terapéuticas existentes para lograr, como se acredita, el restablecimiento de su salud, razón por la que no existe responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

La Propuesta de Resolución debe ser revisada ortográficamente.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho.