



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 1 de febrero de 2017.

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 F.S.O., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 467/2016 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 del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un Organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El interesado en este procedimiento cuantifica la indemnización que solicita en la cantidad de 10.437,68 euros. Esta 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 (LCCC), 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, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

---

\* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

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. F.S.O. formula, con fecha 19 de junio 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 con ocasión del padecimiento de un cáncer de próstata, del que fue intervenido quirúrgicamente el 4 de junio de 2009.

El reclamante entiende que la asistencia recibida fue inadecuada y contraria por tanto a la *lex artis* por los siguientes motivos:

«- Por el retraso producido, a todas luces injustificado: tanto en la tardanza del primer diagnóstico de C.A. de próstata, como en la espera en la realización de la primera intervención de prostactomía radical laparoscópica.

- Por el retraso producido, a todas luces injustificado, en las terapias aplicadas para la reanastomosis vésico-uretral, como por el cierre de la colostomía.

- Por la falta de los consentimientos informados en las distintas pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas practicadas.

- Por la impericia y/o mala praxis realizada en las intervenciones quirúrgicas realizadas tras la realización de la laparatomía exploradora del 04.06.2009 y la cirugía de reparación de fístula uretrorrecto vesical en enero de 2010.

Tanto el inicial diagnóstico realizado como la falta de impericia de la terapia aplicada y la falta de información facilitada en el proceso padecido por el reclamante, hurtándosele la posibilidad al paciente/reclamante de solicitar una segunda opinión facultativa y/o adoptar otra solución y alternativa al retraso en la terapia utilizada, ha sido la causa de que se me ocasionen una serie de daños que han derivado en empeorar radicalmente el pronóstico de la enfermedad, de su calidad de vida y de sus posibilidades de curación dentro de los tiempos estándar aceptados, incrementando el sufrimiento ocasionado por las lesiones y secuelas, no sólo del cáncer de próstata, sino del calvario que ha tenido que soportar de manera injustificada, por las complicaciones derivadas de la impericia profesional y del retraso producido en la actuación del Servicio público de la Salud».

Inicialmente el reclamante solicita por los daños causados una indemnización de 150.000 euros, si bien en trámite posterior y al objeto de alcanzar la terminación convencional del procedimiento, propone la cantidad de 10.437,68 euros.

2. En el procedimiento, el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo. Consta asimismo debidamente acreditada, mediante apoderamiento *apud acta*, la representación conferida con posterioridad a la presentación de la reclamación.

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.

3. Se cumple asimismo el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado con anterioridad al transcurso del plazo de un año desde la producción del daño (art. 142.5 LRJAP-PAC), pues la última intervención quirúrgica relacionada con la asistencia sanitaria por la que se reclama se realizó el 18 de junio de 2011, con controles y tratamientos posteriores. Por ello, la reclamación, presentada el 19 de junio de 2012, no es extemporánea.

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 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 de la reclamación es competencia del Director del citado 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, 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 del Dictamen solicitado, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos

administrativos y aun económicos que el retraso deba producir, a tenor de lo establecido en los artículos 42.1 y 7; 43.1 y 4; y 141.3 LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite tras su subsanación, por Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de 12 de julio de 2012 (art. 6.2 RPAPRP), por la que asimismo se remitió la documentación obrante en el expediente a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) a los efectos de continuar con su tramitación, de conformidad con la Resolución de 22 de abril de 2004, del Director del Servicio Canario de la Salud, por la que se delega en la Secretaría General de dicho Organismo la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (B.O.C. n° 98, de 21 de mayo).

En el procedimiento 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 el informe del Jefe de Servicio de Urología del HUGCDN (art. 10.1 RPAPRP), así como copias de la historia clínica de la paciente obrante en el correspondiente Centro de Salud y en referido Centro hospitalario. Se ha emitido asimismo informe por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, que concluye en la procedencia de una estimación parcial de la reclamación, valorando la indemnización en la cantidad de 6.000 euros.

Al reclamante se le remitió escrito al que se adjunta el señalado informe, por sí, a tenor de su contenido, estimara procedente proponer la terminación convencional del procedimiento. En contestación a este escrito, el interesado alega que para alcanzar un acuerdo indemnizatorio la cuantía de la indemnización habría de incrementarse hasta alcanzar la cantidad de 10.437,68 euros.

Tras este escrito de discrepancia, se procede a la apertura de periodo probatorio, en el que además de la documental propuesta por el interesado y por la Administración, se admite la aportación de dictamen pericial propuesto por aquél, sin que efectivamente se llevara a efecto durante el plazo de 30 días concedido.

Se concede seguidamente trámite de audiencia al reclamante, sin que presentara alegaciones en el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, que estima parcialmente 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 planteado, el interesado sostiene que se produjo un retraso en el diagnóstico del cáncer de próstata que padecía y una demora en la intervención quirúrgica, así como un retraso en las terapias aplicadas para el cierre de la colostomía, ausencia de consentimientos informados de las distintas intervenciones quirúrgicas y mala praxis en las intervenciones quirúrgicas.

La Propuesta de Resolución, por su parte, estima que la asistencia sanitaria prestada al reclamante fue correcta, si bien aprecia una demora injustificada en el cierre de la colostomía, por lo que estima parcialmente la reclamación por este motivo.

2. Alega en primer lugar el reclamante que se produjo un retraso en el diagnóstico de la enfermedad padecida, así como en la práctica de la intervención quirúrgica.

Sobre estos extremos expone el Servicio de Inspección en su informe, de forma coincidente con lo informado por el Jefe de Servicio de Urología del HUGCDN y de acuerdo con los datos obrantes en la historia clínica del paciente lo siguiente:

- El paciente al menos desde noviembre de 2006, según consta en Atención primaria, estaba diagnosticado de hipertrofia benigna de próstata y disfunción eréctil, en tratamiento con Uprima y Permixon.

Se encontraba en controles anuales por Urología, con analíticas anuales de PSA.

El 19 de septiembre de 2007 acude a control de urología, con PSA de 3,36 ng/ml y analíticas hormonales normales. Se mantiene el Permixon y pauta control anual con PSA.

El 23 de junio de 2008, siguiendo el control anual por el médico de Atención Primaria se cursa interconsulta a Urología con PSA de 4,72: «Ruego revisión anual».

En noviembre de 2008 en nueva analítica en Atención Primaria consta cifras de PSA de 6,5 ng/ml (Bajo nivel de PSA se corresponde con cifras <10 ng/ml).

- Es citado en Consultas Externas en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) el 22 de diciembre de 2008. En dicha consulta se manuscibe: «Micción confortable con Permixon 1-0-0 Disfunción eréctil ha mejorado, ya no la tiene. P.S. 6,5 Cociente 0,10. Exploración física: hemorroides externas, por el dolor me impide tacto rectal. Solicito biopsia transrectal ecodirigida». No consta diagnóstico provisional alguno, si bien el incremento de PSA hace necesario descartar la posibilidad de cáncer protáctico, entre otras patologías que lo pueden afectar.

La biopsia transrectal de próstata es el método estándar para el diagnóstico de cáncer de próstata en pacientes con incremento de niveles de antígeno prostático específico (PSA) o hallazgos anormales del examen digital rectal.

- El 10 de febrero de 2009 se practica la biopsia de 14 cilindros en distintas áreas de la próstata. Tras el estudio se concluye el 17 de febrero de 2009 resultados compatibles con carcinoma de próstata en 6 muestras. Explica el Servicio de Inspección que siendo Gleason 6 (3+3), se corresponde con un cáncer de grado bajo. Una puntuación de Gleason de 7 es un cáncer de grado medio, y una puntuación de 8, 9 o 10 es un cáncer de grado alto. Un cáncer de grado más bajo crece más lentamente y tiene menos probabilidades de diseminarse que un cáncer de grado alto. Esto indica que se trata de un cáncer de próstata clínicamente localizado, de bajo/mediano riesgo: Grado Gleason <7, con <50% cilindros afectados en la biopsia y densidad del PSA <10 ng/m. Esto es, por las características del proceso oncológico existe una tasa baja de progresión y lenta evolución.

- El paciente es citado en consulta de Urología el 4 de marzo de 2009. En dicha cita se procede a incluir en lista de espera, firma documento de consentimiento informado para prostatectomía radical y consta manuscrito «se explica lo correspondiente a la cirugía y complicaciones».

Pruebas preoperatorias el 23 de marzo de 2009. El 26 de marzo de 2009 se practica TAC abdominal, como estudio de extensión, donde no se identifica afectación de ganglios ni diseminación hematógica a distancia.

- Nueva consulta revisión el 22 de abril de 2009, donde se mantienen los criterios para prostatectomía radical.

- Ingresa con carácter programado el 3 de junio de 2009 en el HUGCDN. Se practica intervención quirúrgica consistente en prostatectomía radical en la fecha 4 de junio de 2009 (no el 4 de octubre de 2009 como refieren los reclamantes).

El estudio anatomopatológico de la próstata resecada confirma que se trata de un tumor localizado y de bajo/mediano riesgo: PT2b: Tumor limitado a próstata confinado a > 50% de un solo lóbulo prostático. No se extiende a través de la cápsula prostática ni invade estructuras adyacentes: cuello vesical, esfínter externo, recto, músculos elevadores del ano y/o pared pélvica. NO: Sin ganglios linfáticos regionales comprometidos MO: Ausencia de metástasis a distancia

Así pues, teniendo en cuenta las diversas pruebas diagnósticas realizadas desde que el paciente fue remitido al Centro hospitalario y la fecha en que se llevó a cabo la intervención, los informes médicos obrantes en el expediente entienden que no se ha producido un retraso que evidencie una mala praxis en la actuación sanitaria.

Así, informa el jefe de Servicio de Urología que el retraso que se alega es perfectamente asumible, ya que el paciente es remitido desde su Centro de Salud el 26 de noviembre de 2008 y asistido en consulta especializada el 22 de diciembre de 2008, donde se realiza una valoración clínica y ante la sospecha de proceso neofornativo se solicita biopsia transrectal de próstata que se lleva a cabo el 10 de febrero de 2009.

Asimismo, con respecto a la demora para la prostatectomía radical desde la fecha del diagnóstico, considera que es un tiempo asumible, dado que no supone un incremento de riesgo oncológico y, por el contrario, la cirugía precoz tras una biopsia transrectal de próstata (que produce sistemáticamente un proceso inflamatorio local) aumenta la incidencia de fístulas vesico-rectales, ya de por sí descrita en la literatura científica como una complicación presente entre el 5,6 y 6,5 de los casos según las diferentes series consultadas.

En este mismo sentido informa el Servicio de Inspección que los tiempos empleados en el diagnóstico y tratamiento no sólo se ajustan a las guías clínicas sino que además no interfirieron en el proceso clínico agravando el estado previo, al tratarse de un cáncer de próstata clínicamente localizado y de bajo/medio riesgo, con una baja tasa de progresión y lenta evolución.

Lo actuado en el expediente permite pues afirmar que la asistencia sanitaria prestada al reclamante en orden al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad fue correcta, sin que los tiempos empleados, que se consideran adecuados conforme a las guías clínicas, conllevaran un agravamiento de su enfermedad, lo que se demuestra además con el resultado del estudio anatomopatológico practicado con

posterioridad a la intervención quirúrgica, que confirma que se trata de un tumor localizado y de bajo/mediano riesgo.

3. Alega también el reclamante la impericia y/o mala praxis realizada en las intervenciones quirúrgicas realizadas tras la realización de la laparatomía exploradora del 4 de junio de 2009 y la cirugía de reparación de fístula uretrorrecto vesical en enero de 2010, así como la ausencia de consentimientos informados de las distintas intervenciones practicadas.

Consta en el expediente que el paciente sufrió diversas complicaciones ya desde la propia intervención de 4 de junio de 2009.

Así, la intervención se realiza mediante laparoscopia extraperitoneal, si bien se ha de reconvertir a laparotomía por apreciar sangrado importante de 2500 cc y lesión de recto al existir firmes adherencias, procediéndose, según informa el Jefe de Servicio de Urología, a hacer hemostasia, cierre de la apertura rectal mediante sutura en dos planos y a la anastomosis vesico-uretral con puntos sueltos.

El paciente permanece en Reanimación hasta las 16 horas del 5 de junio de 2009. Una vez en planta de hospitalización el día 10 de junio se solicita interconsulta a Cirugía General. Ante la sospecha de reapertura de la lesión rectal, «(...) se informa al paciente y a la familia de la necesidad de realizar laparotomía exploradora urgente (...)». Consta debidamente suscrito el documento de consentimiento informado.

Es intervenido quirúrgicamente el mismo día 10 por peritonitis fecal. Se practica colostomía izquierda en asa a fin de proteger y favorecer la cicatrización del recto lesionado, así como limpieza de cavidad y drenaje.

El 15 de junio de 2009, encontrándose en la Unidad de Reanimación por presentar fuga de orina por los drenajes, posiblemente por la existencia de trayectos fistulosos, se colocan catéteres de nefrostomía bilateral por radiología vascular intervencionista. En situación de estabilidad clínica ingresa en planta el día 16 de junio de 2009.

- El 20 de junio de 2009 se practica TAC abdominal que no aprecia fuga de contraste, neumoperitoneo o hallazgos que sugieran nueva perforación.

- El 23 de junio se practica nefrostografía bilateral que advierte de fuga de contraste por la vejiga, lo que condiciona la necesidad de re-anastomosis vésico-uretral el 25 de junio de 2009, por dehiscencia de sutura de dicha anastomosis.



- El 1 de julio de 2009, mediante cistografía se diagnostica de Fístula rectouretral.

- El 23 julio de 2009: cistografía de control confirma la presencia de fístula vésico-intestinal posterosuperior

- 29 y 30 de julio de 2009: pictografía descendente objetivando buen paso a vejiga sin fugas. Retiran catéteres de nefrectomías.

- Desde el 11 de agosto se plantea el alta dada la buena evolución, si bien el paciente lo rechaza, causando alta el 21 agosto de 2009.

- Sufre episodio de infección urinaria entre el 26 y el 28 de agosto de 2009, en portador de sonda urinaria, que tras hemocultivo con indicación de antibioterapia cede.

- A comienzos de octubre de 2009, conocidos sus antecedentes, por presentar dolor lumbar con deterioro de la marcha por dolor, se cursa ingreso hospitalario.

Es valorado por Unidad de raquis, con la práctica de radiografías de cadera y columna, TAC abdomen (02.10.09) así como gammagrafía ósea (19.10.09) que no objetivó la presencia de metástasis.

- Se realizó rectoscopia el 26 de octubre de 2009 que determinó la persistencia de fístula rectovesical que precisó tratamiento en las fechas 29 de octubre de 2009 y cirugía el 21 de enero de 2010.

- Tras evolución favorable, a partir de 2 de marzo de 2010 se indica alta hospitalaria que el paciente rechaza, lo que finalmente se produce el 12 de marzo de 2010.

- En consulta externa de Urología de 19 de abril de 2010 consta: «(...) Paciente que refiere tener todavía incontinencia aunque controla el esfínter uretral. Se solicita defecografía para preparar cierre de colostomía».

En fecha 15 de octubre de 2010, se practica enema opaco. Por el especialista en Radiodiagnóstico se expone: «(...) comprobándose ausencia de comunicación fistulosa (...). Al paciente se le ha solicitado una defecografía siendo derivado a enema opaco de muñón rectal por ser la prueba radiológica más idónea para la patología que se pretende estudiar».

- El 25 de octubre de 2010, en consulta externa de Cirugía General se anota que se coloca al paciente en lista de espera para cierre de colostomía y el resultado normal del enema opaco. Firma documento de consentimiento informado.

Se somete a cirugía de cierre de colostomía con reconstrucción del tránsito intestinal el 8 de junio de 2011.

- Prosigue controles en el servicio de urología, con pruebas exploratorias, PSA, gammagrafías óseas, resonancia magnética, etc., persistiendo incontinencia urinaria, para lo que se realiza rehabilitación de suelo pélvico.

- En mayo de 2013 por existencia de estenosis por tejido fibroso en la anastomosis vesico-uretral se realiza incisión en cuello vesical para permitir la salida de orina. La estenosis es una de las complicaciones de cualquier tejido que ha sido cosido y en este caso tras prostatectomía se debe coser la uretra con el cuello vesical. Consta documento de consentimiento informado suscrito el 25 de abril de 2013.

- Tras distintos estudios, sin metástasis, se observa recaída clínica/persistencia de tejido neoplásico en el lugar de las vesículas seminales. Recibe tratamiento con Radioterapia entre el 17 de marzo y el 12 de mayo de 2014. Existe documento de consentimiento informado.

- Para el tratamiento de la incontinencia urinaria, el 23 de marzo de 2015 se coloca quirúrgicamente esfínter urinario artificial, con evolución favorable.

De estos datos obrantes en la historia clínica resulta que el paciente sufrió diversas complicaciones desde la intervención de 4 de junio de 2009 hasta su alta en fecha 21 de agosto de 2009.

Informa a este respecto el Jefe de Servicio de Urología que el paciente ha encadenado toda una serie de complicaciones médico-quirúrgicas tras la prostatectomía radical a la que fue sometido, pero en todo caso son complicaciones descritas en la literatura científica (sangrado durante el acto quirúrgico, apertura rectal y fístula vesico-rectal, necesidad de derivación del tránsito intestinal y de la vía urinaria mediante nefrostomías y/o cistostomía, incontinencia urinaria y necesidad de varios actos quirúrgicos para la resolución de las complicaciones precedentes).

Asimismo, indica el Servicio de Inspección que la existencia de complicaciones en una cirugía no suponen el que la técnica se haya realizado de forma incorrecta sino que intervienen muchos factores: calidad de los tejidos, edad del paciente,

posibilidad de sangrado, infecciones, reacción de los tejidos a los materiales de sutura, etc. Las lesiones que presentó el reclamante son consecuencia de la cirugía prostatectomía radical a la que fue sometido pero sin derivarse de mala praxis médica, sino de complicaciones previsibles y descritas en la literatura médica actual y consta suficientemente que se ha sometido a tratamientos con los medios actuales mejor validados. En cuanto a la necesidad de realizar la colostomía temporal expone que surge como consecuencia de la urgencia por peritonitis fecaloidea, que permita curar la lesión del recto hasta que el edema y la inflamación hayan cedido y se pueda asegurar que las suturas no filtrarán, evitando morbilidad.

En el expediente ha quedado pues acreditado que en el paciente se concretaron diversas complicaciones posibles de la intervención quirúrgica que había de practicarse para tratar de curar su enfermedad, sin que conste en el expediente que las mismas ocurrieran como consecuencia de la mala praxis que alega el reclamante.

Por otra parte, el paciente firmó el consentimiento informado relativo a la intervención practicada, en el que se especifican los riesgos posibles de la siguiente forma:

«Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento. Entre estos últimos cabe destacar no conseguir la extirpación de la próstata; la persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente; hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise la práctica de intervenciones con resultados imprevisibles, peritonitis o infección de la cavidad intestinal) con resultados imprevisibles; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura -apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para

su extracción, neuralgias -dolores nerviosos hiperestesias aumento de la sensibilidad- o hipostesias -disminución de la sensibilidad); impotencia coeundi (imposibilidad física de erección peneana); incontinencia urinaria, transitoria o permanente; problemas derivados de la linfadenectomía (lesiones vasculares severas de las arterias aorta, Macas, hipogástricas, lesiones venosas que pueden dar lugar a hemorragias importantes, lesiones ureterales que pueden requerir soluciones endourológicas o quirúrgicas abiertas, incluso la extirpación del riñón, lesión nerviosa, fibrosis reactiva y estenosis a largo plazo, linfocele); retención urinaria al retirarse la sonda, que puede requerir nuevo sondaje, punción vesical o nueva cirugía; estenosis de la unión vesicouretral que puede requerir las mismas medidas del punto anterior; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico [medicamentos, sueros (...)] pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia incluyendo un riesgo de mortalidad».

Así pues, el paciente tuvo conocimiento de los posibles riesgos derivados de la intervención, por lo que fueron asumidos por él, sin que se haya apreciado, como ya se ha señalado, que los que efectivamente se concretaron fueran ocasionados por una inadecuada práctica médica.

Como indica el Servicio de Inspección, se presentaron los riesgos descritos en los documentos de consentimiento informado: Hemorragia, complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen, infección de la cavidad intestinal, dehiscencia de suturas, fístula. Figuraba pues claramente el riesgo de que se produjeran complicaciones abdominales, entre ellas la peritonitis o infección de la cavidad abdominal, así como de las posibilidades de dehiscencia de las suturas y fístulas.

Constan además en el expediente los diversos consentimientos informados que fueron precisos en orden a la práctica de las intervenciones posteriores.

Como de forma constante ha sostenido la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición del paciente los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también que aquélla reciba cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que

las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

En este sentido, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de carácter básico, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, enuncia en su art. 2, entre sus principios básicos, la exigencia, con carácter general, del previo y preceptivo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, que debe obtenerse después del que el paciente reciba una información adecuada y que se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley (apartado 2). Asimismo, queda recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (apartado 3 del mismo precepto), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (apartado 4). El art. 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el artículo 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el artículo 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, el artículo 8 prevé que «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso», y que, como regla general, se prestará verbalmente, salvo determinados supuestos, como las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito.

El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que, de concretarse éste, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

En este sentido, la jurisprudencia de manera constante ha venido sosteniendo que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente constituye una infracción de la *lex artis* que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan, como expresamente reconocen las SSTS de 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero y 10 de octubre de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo, 19 y 25 de mayo, 4 de octubre de 2011, 30 de abril de 2013 y 26 de mayo de 2015, entre otras.

En el presente caso, consta, como ya se ha indicado, el consentimiento informado relativo a la intervención quirúrgica, en el que se describen los riesgos posibles. Estos riesgos fueron por consiguiente conocidos y asumidos por el paciente en el momento en que manifestó su consentimiento a la intervención, por lo que, desde esta perspectiva, la asistencia sanitaria puede considerarse también ajustada a la *lex artis*.

4. Por último alega el reclamante que se ha producido un retraso injustificado en las terapias aplicadas para la reanastomosis vésico-uretral y para el cierre de la colostomía.

Por lo que a la primera se refiere, informa el Jefe de Servicio de Urología que el 15 de junio de 2009, ante la confirmación de salida de orina por drenaje, se procede a la colocación de nefrostomías percutáneas bilaterales a fin de dejar la zona quirúrgica seca y dar opción al cierre del trayecto fistuloso. A pesar de ello, y ante la persistencia de la fístula urinaria constatada mediante cistografía, se procede el siguiente día 25 del mismo mes a la reanastomosis vesicouretral. Posteriormente, tras confirmarse, clínica y radiológicamente, la existencia de una fístula entre la anastomosis vesicouretral y recto, el 21 de enero de 2010 se procede a una nueva intervención quirúrgica con acceso combinado perineal transesfinteriana y abdominal, consiguiéndose el cierre definitivo de la misma.

Por lo que se refiere al retraso alegado por el reclamante, indica asimismo este informe que se encuentra descrito que resulta necesario enfriar el proceso para obtener mejores resultados, como quedó demostrado en este caso.

No procede en consecuencia entender que se haya producido el injustificado retraso que se alega, sobre el que por lo demás el reclamante se limita a su sola afirmación.

Por lo que se refiere por último al retraso en practicar el cierre de la colostomía, consta en el expediente, como ya se ha señalado, que al paciente, ante la sospecha de reapertura de la lesión rectal que padeció en el curso de la intervención practicada el 4 de junio de 2009, se le practicó una laparatomía exploradora urgente, que se llevó a cabo el día 10 del mismo mes y año. En esta intervención por peritonitis fecal se practica colostomía izquierda en asa a fin de proteger y favorecer la cicatrización del recto lesionado, así como limpieza de cavidad y drenaje.

Informa el Servicio de Inspección que la peritonitis fecaloide constituye una grave complicación abdominal que justifica la colostomía, por lo que se trató de una decisión médicamente correcta.

Tras interconsulta en fecha 21 de agosto de 2010 del Servicio de Urología al de Cirugía General, el paciente fue incluido en lista de espera para el cierre de la colostomía el día 25 de ese mismo mes, llevándose finalmente a efecto el 8 de junio de 2011, siendo dado de alta hospitalaria el día 18 del mismo mes.

En relación con el tiempo que el paciente permaneció con la colostomía de protección, indica el Servicio de Inspección que viene condicionado por lo siguiente:

«La consideración de que existe un tiempo inexcusable entre la cirugía que ocasiona la colostomía y el momento del restablecimiento de la continuidad del tubo digestivo, ya que se exige un periodo para proteger la reparación del recto y conseguir una calidad adecuada de los tejidos. El tiempo de espera para la reconstrucción lo indica el cirujano y puede variar según las características de cada individuo. A título orientativo se establece un tiempo medio mínimo, a partir de 10 semanas, de seis meses. En segundo lugar, la complicación por persistencia de la fístula recto vesical, con cierre definitivo el 21 de enero de 2010, requiere por tanto un tiempo necesario para que cicatrice la misma, restablecer el tránsito de heces por esa porción inflamada y recién operada podría afectar su cierre.

Una vez comprobado el cierre de la fístula mediante enema opaco y se incluye en lista de espera el 25.10.10, el tiempo que transcurre hasta la reconstrucción del tránsito intestinal es de 8 meses, si bien ello no incide negativamente en su proceso clínico ciertamente ocasiona trastornos en la calidad de vida diaria del reclamante».

De acuerdo con lo informado, se ha producido un injustificado retraso, que la Administración asume, en la reconstrucción del tránsito intestinal, pues una vez constatado el cierre de la fístula mediante el enema opaco e incluido en lista de espera el 25 de octubre de 2010, no es hasta el 8 de junio de 2011 cuando se lleva a cabo.

Por ello se considera conforme a Derecho la estimación parcial de la reclamación por lo que se refiere a este concreto daño consistente en el trastorno injustificado de la calidad de vida del reclamante.

En cuanto a la indemnización propuesta, se considera asimismo adecuada la cantidad de 6.000 euros que se propone. Esta cantidad parte de la estimación efectuada por el Servicio de Inspección, que indica que el daño imputable a la Administración debe limitarse al daño moral derivado de la colostomía de descarga durante el lapso de tiempo de estos 236 días, esto es, del 25 de octubre de 2010 hasta el 18 de junio de 2011, que cifra en la citada cantidad.

El interesado solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 10.437,68 euros, entendiendo que el tiempo de espera ha de computarse no desde el 25 de octubre de 2010 sino desde el 5 de mayo del mismo año. Para ello tiene en cuenta que el 20 de abril de 2010 se solicitó por la Administración la práctica de una defecografía, con fecha límite de espera en la indicada fecha (5 de mayo). Sin embargo, como señala la Propuesta de Resolución, la fístula recto vesical objetiva cierre definitivo el 21 de enero de 2010, si bien se precisa un tiempo para su cicatrización, lo que se comprobó mediante enema opaco en el mes de octubre de 2010 y a partir del cual se solicitó su inclusión en lista de espera para la reconstrucción del tránsito intestinal.

Por todo ello, procede concluir que la estimación parcial de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se estima parcialmente la reclamación presentada por F.S.O. se considera conforme a Derecho.