



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 27 de julio 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 (...), representado por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 231/2017 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 20 de junio de 2017, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 22 de junio de 2017. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) 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 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, 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), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

---

\* Ponente: Sr. Brito González.

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 establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

## II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 31.1.a) LRJAP-PAC], si bien en este caso actúa mediante representación, acreditada en el expediente, de (...) (art. 32 LRJAP-PAC).

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de 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.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director 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.

5. La reclamación se presentó dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues el interesado interpuso aquel escrito el 29 de julio de 2015, en relación con un daño cuya determinación se produjo 6 de agosto de 2014, fecha del alta médica del paciente tras la intervención quirúrgica en la que se reparó la complicación surgida en la primera intervención que le fue practicada.

## III

1. El objeto de la reclamación que nos ocupa, según el escrito del interesado, viene dado por los siguientes hechos:

«PRIMERO: Los hechos tuvieron lugar el pasado día 24 de julio de 2014, cuando, (...) estaba citado para realizarle una endoscopia digestiva o colonoscopia, que fue practicada (...).

SEGUNDO: Posteriormente, en informe donde se recoge como fecha de ingreso el 27 de julio de 2014, a las 14:25 hrs mi representado se ve obligado a acudir a Urgencias al sufrir un fuerte dolor abdominal, debiendo ser intervenido con carácter urgente y siéndole diagnosticada "Perforación colónica tras colonoscopia", tal y como se recoge en informe clínico cuya fecha de firma es de 6 de agosto de 2014, fecha en la que obtiene alta hospitalaria, se recoge que en la revisión del intestino delgado y grueso se halló una "microperforación puntiforme con escara de 4 mm en cara anterior de colon trasverso, proximal a arteria cólica media, cubierta por epiplón" (...).

A estos efectos se constata la mala praxis en que se incurrió en la realización de la prueba, pues según se contempla en la Guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal, realizado por el Grupo de trabajo AEG-SEED (Asociación Española de Gastroenterología- Sociedad Española de Endoscopia Digestiva) (...), "se puede considerar que la limpieza del colon es inadecuada cuando no permite explorar más del 90% de la mucosa cólica. Para ello es básico insistir en que se aspiren las heces líquidas durante la exploración. Si el colon está muy sucio es recomendable suspender la colonoscopia, dada la poca rentabilidad de la prueba", extremo que no se cumplió, toda vez que la prueba no fue suspendida como era preceptivo, a pesar de que según consta en el informe aportado como doc. nº dos "se introduce el colonoscopio hasta el fondo de saco cecal con buena preparación, según la escala de limpieza colónica de Boston (2+2+3), lo que permite la valoración del 90% de la mucosa". Es decir, que ya en este punto se constata que se debió suspender la colonoscopia puesto que no era posible explorar más del 90% de la mucosa colónica como se prescribe en la referida Guía práctica (...). A continuación se señala en el informe referido que "El ciego está ocupado por restos sucios aspirables parcialmente, permitiendo valorar el 80% de la mucosa" lo que permite afirmar aun con más rotundidad que la prueba debió ser suspendida, toda vez que la limpieza del colon no era la adecuada, lo que permite concluir que en un momento del proceso asistencial ha existido negligencia o mala praxis.

TERCERO: (...) el consentimiento otorgado en su día por nuestro representado liberaría a los profesionales intervinientes de responsabilidad por consecuencias previsibles, pero no por negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de sus deberes y obligaciones».

Se solicita indemnización que se cuantifica durante el procedimiento en 17.838,76 €.

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 4 de agosto de 2015 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, lo que viene a cumplimentar el 18 de septiembre de 2015, si bien no cuantifica la indemnización.

- El 23 de septiembre de 2015 se insta al interesado a aportar informe pericial que en la reclamación indica que aportará, sin que aporte el referido informe.

- Por Resolución de 21 de septiembre de 2015, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado.

- El 23 de septiembre de 2015 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), viniendo a emitirlo, tras recabar la documentación oportuna, el 30 de noviembre de 2015.

- El 9 de diciembre de 2015 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuesta y, estando todas en el expediente al ser documentales, se declara concluso este periodo.

- El 9 de diciembre de 2015 se confiere al interesado trámite de audiencia, sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 22 de mayo de 2017 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del reclamante, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, sin fecha, que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 12 de junio de 2017, dictándose el 13 de junio de 2017 Propuesta de Resolución definitiva.

- A efectos de la preceptividad o no del dictamen de este Consejo Consultivo, el 25 de mayo de 2017 se instó al interesado a cuantificar su reclamación, haciéndolo mediante escrito presentado el 9 de junio de 2017. Se cuantifica en 17.838,76 €.

## IV

Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante (basada en la mala praxis producida al practicarle la colonoscopia en las condiciones en las que estaba y que aconsejaban la suspensión de dicha prueba) y, con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, de los que se infieren tres conclusiones que corroboran la adecuación de la *lex artis* en el funcionamiento del servicio durante la asistencia dispensada al reclamante: 1) la colonoscopia estaba debidamente indicada; 2) fue correctamente realizada; 3) la

perforación sufrida en el colon estaba contemplada en el consentimiento informado. Posteriormente, además, fue adecuadamente tratada la complicación.

La Propuesta de Resolución centra sus argumentaciones en dos aspectos, por un lado, en la necesidad de la prueba de la que se generó el daño por el que se reclama y su correcta realización conforme a la *lex artis*, y, de otra, la existencia de consentimiento informado debidamente rubricado por el reclamante, donde se contempla el riesgo en que se concretó el daño.

1) Sobre la necesidad de la prueba practicada, señala el informe del SIP que «la indicación de colonoscopia era correcta, que fue informado y suscrito el documento de consentimiento informado, que la preparación del intestino era buena (7/9), que la técnica de inserción fue adecuada lo que permitió una buena progresión del endoscopio, que se realizó una buena observación que permitió visualizar y extirpar lesiones polipoides».

Añade el informe del SIP que, en cribado de cáncer colorrectal, resultó sangre en las heces (SOH) positiva, por lo que el paciente es valorado el 13 de mayo de 2014 en la Unidad de Prevención de Cáncer Colorrectal donde se programa para colonoscopia.

Y es que, como señala este informe en sus conclusiones, «El reclamante fue sometido a una colonoscopia correctamente indicada, dadas las características del cuadro que presentaba. Ello permite la visualización directa de la mucosa intestinal, de lesiones así como la toma de muestras para estudio anatomopatológico».

Añadiendo: «Todos los pólipos, identificados posteriormente como adenomas tubulares, durante la colonoscopia deben ser resecaos, mediante polipectomía endoscópica lo que reduce la incidencia de carcinoma de colon. Hay pruebas suficientes que demuestran el potencial maligno de los adenomas y por tanto que la resección endoscópica de estos reduce la incidencia de carcinoma colorrectal. Ese es el motivo para realizar la resección de todos los pólipos encontrados en las exploraciones colonoscópicas».

Por lo que respecta a la realización de la prueba conforme a la *lex artis*, el informe del SIP niega la argumentación expuesta por el reclamante, fundamentando detalladamente la corrección de la prueba realizada, concluyendo que la exploración fue correcta y completa.

Así, se informa por el SIP que:

«Es común que en el ciego haya retención de líquido, por lo tanto, la exploración de la zona será posible después de una aspiración del fluido, como efectivamente ocurrió.

En relación a la preparación del colon no se pueden conocer ni excluir a priori a los pacientes que no han recibido una preparación adecuada. Es indispensable introducir el colonoscopio al menos hasta el colon izquierdo para visualizar antes de decidir suspender o no el procedimiento, en un paciente preparado mediante sedación intravenosa. En este caso la limpieza era excelente (3 para colon izquierdo).

El grado de limpieza comprobado, conforme a la escala validada de limpieza de Boston utilizada fue bueno, puntuación de 7. Esta escala de Boston tiene una puntuación que va de 0 a 9 (...).

Por lo ya expuesto y siguiendo al reclamante: "(...) Si el colon está muy sucio es recomendable suspender la colonoscopia, dada la poca rentabilidad de la prueba (...)", afirmamos que el colon NO estaba muy sucio (...).

De hecho, en el proceso, como se indicó ya antes, se extirparon lesiones que se resecaron y fueron remitidas para biopsia al Servicio de Anatomía Patológica.

2) El segundo argumento sobre el que sostiene la desestimación de la pretensión del reclamante la Propuesta de Resolución, y que queda íntimamente ligado al primero, es la existencia del preceptivo consentimiento informado del paciente en relación con la prueba realizada y el posterior proceso asistencial, pues el reclamante sostiene que la prestación de dicho consentimiento sólo liberaría a los profesionales sanitarios de las consecuencias previsibles, pero no de las producidas por negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de sus deberes y obligaciones.

A este respecto, en el informe del SIP se indica que durante la colonoscopia no fue visualizado ni sangrado ni perforación, no existiendo complicaciones ni durante la sedación ni durante la exploración (así se recoge en la hoja de enfermería endoscópica), ni consta que tras la colonoscopia, el paciente acudiera al médico de cabecera con manifestaciones clínicas. Sin embargo, el 26 de julio de 2014 acude al Servicio de Urgencias del HUNSC donde «Refiere colonoscopia hace tres días (aporta informe). Desde entonces no deposiciones aunque sí expulsión de gases junto con dolor abdominal difuso. No fiebre, no vómitos ni náuseas».

Consta en la historia clínica que a partir de ese momento se le practica analítica, radiografía de abdomen y Tac de abdomen, siéndole diagnosticado una microperforación en colon transverso. Valorado por cirujano, firma documento de consentimiento informado para cirugía de urgencias y es intervenido quirúrgicamente en la madrugada del día 27. Durante la intubación, se observó incidentalmente pólipo en laringe/epiglotis que posteriormente fue objeto de valoración y microcirugía endolaringea por ORL, incluido en lista de espera el 29/07/14 durante su ingreso.

En la laparotomía de urgencias el hallazgo fue de microperforación puntiforme con escara (necrosis de coagulación) de 4 mm en colon transverso (en zona de polipectomía) y epiplon se adhiere rápidamente al colon dañado, suturando la perforación.

Pasa a Reanimación alrededor de las 04:00 horas del 27/07/14 y posteriormente a planta de hospitalización en la mañana del mismo día. Alta hospitalaria el 6 de agosto de 2014 con buen estado general, tolerando dieta, buen tránsito intestinal y herida con buen aspecto.

Consultas externas de Cirugía, con evolución satisfactoria. Alta el 29/09/14. Herida bien. Se encuentra bien.

De lo expuesto queda constatado el adecuado tratamiento dispensado antes de este diagnóstico y después del mismo. Ciertamente, se produjo un efecto indeseable en la colonoscopia al producirse una microperforación en colon transverso, si bien sobre este punto debe decirse que también se ha actuado desde el punto de vista formal conforme a la *lex artis*, pues consta en la historia clínica del paciente que éste, antes de la realización de la colonoscopia firmó el preceptivo consentimiento informado, donde se le informa en qué consistía el procedimiento al que iba a ser sometido y los riesgos y beneficios que conllevaba. En el consentimiento informado consta, dentro de las complicaciones posibles, el riesgo de perforación que incluso puede requerir una intervención quirúrgica urgente. La tasa de perforaciones varía según las series publicadas. En las colonoscopias diagnósticas oscila entre el 0,1-0,2 por 1000 y en las terapéuticas, es más elevada, entre el 0,15-3%.

Sobre esta cuestión debemos señalar que el consentimiento exigido por la jurisprudencia (por todas STS 23 octubre de 2007) consiste en informar al paciente del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento cabe normalmente esperar, y de los riesgos que el mismo, especialmente si este es quirúrgico, puedan derivarse.

Respecto de los daños iatrogénicos de un tratamiento médico o derivados de la plasmación de sus riesgos conocidos, señala este Consejo Consultivo en su Dictamen 410/2015 que:

«(...) los arts. 4, 8 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica exigen que se informe al paciente con carácter previo a toda intervención médica a fin de obtener su consentimiento a ella, consentimiento previo que el paciente ha de prestar por escrito en los supuestos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Si los facultativos no proceden así, ello constituiría una infracción de la *lex artis*, por lo que si se produce un daño iatrogénico estarían obligados a responder patrimonialmente por sus consecuencias.

(...)

El consentimiento informado (arts. 8 y 10 de la citada Ley 41/1002) constituye uno de los títulos jurídicos, que obliga al paciente a soportar los daños derivados de un acto médico correcto. El paciente, en cuanto asumió también las consecuencias dañosas de la probable realización del riesgo que comportaba. El consentimiento informado del paciente hace recaer sobre él la carga de soportar los daños que puedan producirse bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aún alcanzado el resultado perseguido, se producen efectos perjudiciales secundarios. Por esta razón, la lesión por la que se reclama no tiene el carácter de antijurídica y, por ende, no es indemnizable según el art. 141.1 LRJAP y PAC».

En el supuesto que nos ocupa se observaron todas esas exigencias, tal como se desprende del documento de consentimiento informado suscrito por el reclamante, donde se le informa entre otros riesgos del que finalmente se le produjo. Todo ello nos lleva a concluir que las dolencias por las que ahora reclama provocadas por la colonoscopia realizada en modo alguno pueden considerarse antijurídicas e indemnizables y, por consiguiente, han de ser asumidas por el interesado.

A mayor abundamiento cabe señalar que el reclamante no ha acreditado en modo alguno que se haya producido negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de los deberes u obligaciones de los facultativos que lo atendieron.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución que desestima la reclamación es conforme a Derecho.