



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 214/2018

(Sección 1ª)

La Laguna, a 17 de mayo de 2018.

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. 156/2018 IDS)**.

FUNDAMENTOS

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 2 de abril de 2018, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 5 de abril de 2018. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la capacidad del órgano solicitante, la competencia de este 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 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), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP),

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

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].

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 la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. 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.

5. La reclamación se presentó dentro del plazo establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP interponiéndose el 19 de mayo de 2015, respecto de un daño sufrido en un proceso asistencial que culmina con alta, tras la intervención quirúrgica de extracción de bolsa de ileostomía, el 23 de mayo de 2014. Además, la interesada ya había interpuesto reclamación en impreso oficial en el ámbito sanitario por los mismos hechos el 8 de mayo de 2014, con lo que en aquella fecha se había interrumpido el cómputo del plazo de prescripción.

III

La interesada, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que funda la presente reclamación, los siguientes:

«PRIMERO.- La que suscribe acudió por el Servicio de Urgencia al Hospital General de Fuerteventura el día 24 de febrero de 2014 por dolor abdominal intenso embarazo gemelar,

quedando hospitalizada desde esa fecha y de forma continuada en el Hospital General hasta el 28 de marzo de 2014, tal y como consta acreditado en la documentación clínica.

A los 4 días de ingreso hospitalario se constata rotura prematura de membrana del feto vivo evidenciando oligoamnios severos. El 3 de marzo de 2014 y a la vista de la ausencia de expulsión feto-placentaria se decide evacuación quirúrgica. Se procede a realizar legrado evacuador. Se extrae placenta por vía laparotomía y se sutura el útero. En el acto quirúrgico se evidencia meso intestinal desvitalizado en unos 10-12 cm, por lo que se solicita intervención del cirujano de guardia que decide resección del área vascular y anastomosis iliocólica (legrado, histerotomía y resección intestinal).

A partir de esta intervención se puede situar el defectuoso funcionamiento de la administración sanitaria, funcionamiento tardío y con evidente infracción de la *lex artis*, por lo que a continuación se detalla:

A) A pesar de la gravedad de la intervención y de los riesgos inherentes a la misma (uno de ellos era el control por parte del servicio de cirugía, ante la posibilidad que la sutura del intestino no aguantara) a la reclamante y a pesar de la decisión de la valoración conjunta de ambos servicios, se le asignó la planta de ginecología para el postoperatorio. No hubo la adecuada coordinación de servicio, y el seguimiento realizado no dio adecuada respuesta a los síntomas, ni hubo adecuada previsión de las posibles complicaciones. A excepción de las primeras 48 horas del postoperatorio (4 y 5 de marzo), los dolores eran incontrolables, tal y como se reconoce en el historial clínico, que se agudizaron el 8 de marzo (mañana, tarde y noche). De madrugada los dolores abdominales fueron tan insoportables que la que suscribe y sus familiares solicitaron de inmediato la presencia del facultativo de guardia. Se llamó en cuatro ocasiones a la Dra. (...) la cual hizo caso omiso a tal petición, tal y como consta en la reclamación realizada por la que suscribe de fecha 8 de mayo de 2014. Es digna de mención la contestación, el pliego de descargo realizado por la citada doctora: (...): 1) reconoce 3 llamadas, en realidad fueron 4 tal y como consta en el libro de enfermería. 2) en la segunda llamada reconoce el dolor e indica la medicación de rescate con dolantina, lo cual es completamente inútil puesto que ya lo tenía pautado. 3) En la cuarta llamada, efectivamente me trasladaron al servicio de paritorio donde incomprensiblemente intenta hacerme una segunda ecografía vaginal pues hacía escasos días que me habían intervenido y tenía la zona inflamada. Al no poder realizarla dio orden de que me suministraran un calmante y que me bajasen una vez estuviera más relajada. Tampoco es cierto lo que manifiesta de "que me entregó al servicio de guardia entrante", pues fueron mis familiares los que me bajaron automáticamente coincidiendo con el cambio de guardia, atendiéndome otro especialista, el cual me realizó una ecografía abdominal y posteriormente un TAC, enviándome de forma urgente al quirófano - e intervenida nuevamente el 9 de marzo de 2014- peritonitis biliar secundaria a dehiscencia de anastomosis-, realizándome resección de anastomosis e

ileostomía terminal en Fid. En esta intervención se me extirpa el 50% del intestino grueso (colon) en la unión con el intestino delgado.

B) El 28 de marzo de 2014, inexplicablemente, con el cuadro clínico que presentaba, portadora de ileostomía y pendiente de intervención por ese motivo, se me da el alta hospitalaria, iniciándose a partir de ese momento un peregrinaje de ingresos y altas hospitalarias.

(...)

SEGUNDO.- Es obvio que no se tomaron las medidas de prevención necesarias, así como y funcionamiento tardío (sic) para evitar el fatal desenlace y diagnóstico de la intervención realizada el 9 de marzo de 2014 y sus consecuencias tan gravosas para mi salud, pues estuve a punto incluso de fallecer a consecuencia de ese retraso. Las secuelas que actualmente padezco son: 1) Extirpación en un 50% de un órgano de vital importancia como es el intestino grueso, colectomía parcial con trastorno funcional, 2) Trastorno funcional del aparato digestivo, 3) Así como daño moral y psicológico y en definitiva disminución de mi salud. No puedo asegurar que el resultado hubiese sido distinto, pero a buen seguro habría disfrutado de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable».

Se solicita indemnización que cuantifica en 30.729,19 euros.

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 RPAPRP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 42.1 y 7, 43 y 141.3 LRJAP-PAC).

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 26 de mayo de 2015 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, viniendo a realizarse lo solicitado el 16 de junio de 2015.

- Por Resolución de 13 de julio de 2015, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que es notificada aquélla el 21 de julio de 2015.

- El 14 de julio de 2015 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que se emite el 26 de enero de 2017, tras haber recabado la documentación oportuna.

- Mediante oficio de 8 de noviembre de 2016 del Juzgado Contencioso-Administrativo n.º 6 de Las Palmas de Gran Canaria, en proceso ordinario n.º 346/2016, iniciado por la interesada por desestimación presunta de su reclamación en el ámbito administrativo, se solicita a la Administración remisión del expediente, que se remite el 16 de noviembre de 2016.

Posteriormente, mediante nuevo oficio de 1 de febrero de 2017 se pide que se complete el expediente en los términos interesados por la recurrente, remitiéndose finalmente, el 7 de marzo de 2017, el informe del SIP.

- El 5 de septiembre de 2017 se remite por la Asesoría Jurídica Departamental a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud Decreto de 24 de julio de 2017, del Juzgado Contencioso-Administrativo n.º 6 de Las Palmas de Gran Canaria, por el que se acuerda declarar terminado el procedimiento judicial y se ordena el archivo de las actuaciones, por desistimiento de la recurrente.

Asimismo, en fecha 12 de septiembre de 2017 se remite, por el Juzgado, testimonio del citado Decreto de desistimiento con devolución del expediente administrativo.

- El 14 de diciembre de 2017 se dicta acuerdo probatorio, notificado a la interesada el 21 de diciembre de 2017, en el que se admiten a trámite las pruebas aportadas por aquella y se incorporan las de la Administración, y, siendo todas documentales y estando incorporadas al expediente, se acuerda la conclusión del trámite.

- El 14 de diciembre 2017 se confiere a la interesada trámite de audiencia, lo que se le notifica el 21 de diciembre de 2017, sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 20 de marzo de 2018 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la reclamante, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, sin fecha. Ello es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 26 de marzo de 2018, por lo que el 28 de marzo de 2018 se dicta Propuesta de Resolución definitiva en el sentido indicado.

V

1. Como se ha señalado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del

procedimiento, de los que se infiere que corroboran la adecuación de la *lex artis* en el funcionamiento del servicio durante la asistencia dispensada a la reclamante.

2. La reclamación que nos ocupa se interpone por pérdida de oportunidad, entendiendo la interesada que el inadecuado funcionamiento de la Administración la privó de la posibilidad de «obtener un resultado distinto y más favorable».

Ello se concreta, especialmente, según su reclamación inicial, presentada el 8 de mayo de 2014, en la atención dispensada en la noche del 8 al 9 de marzo de 2014. Tras la reclamación interpuesta, y habiendo contestado el 15 de mayo de 2014 la doctora de guardia esa noche, aclara la interesada en escrito de 9 de julio de 2014:

«Es cierto que lo diagnosticado no competía al servicio de obstetricia, pero me encontraba ingresada en ese servicio ya que me habían intervenido anteriormente tanto de obstetricia como de cirugía, por lo tanto, lo que la doctora relata no es del todo cierto. Mi percepción es que la Dra. se desentendió de mí y de mi situación, dejándole el problema a su compañero de servicio, la cual sí se preocupó de lo que me ocurría aunque no fuera de su competencia, pasándole el caso al servicio de cirugía una vez descubierto el problema».

En cualquier caso, tal y como señala en última reclamación, se fundamenta la misma en la falta de coordinación de los Servicios de Ginecología y Cirugía, y en que «no se tomaron las medidas de prevención necesarias, así como y funcionamiento tardío para evitar el fatal desenlace y diagnóstico de la intervención realizada el 9 de marzo de 2014 y sus consecuencias tan gravosas para mi salud».

Como se señala en la Propuesta de Resolución, del análisis de la historia clínica de la reclamante cabe concluir que no se produjo tal pérdida de oportunidades, sino todo lo contrario, no solo siendo conforme a la *lex artis* el funcionamiento del servicio asistencial en todo momento, sino procurando a la interesada mejores resultados de los esperables dada la patología de la paciente y sus antecedentes.

En este sentido el informe del SIP señala que la paciente ingresó el día 3 de marzo de 2014 de urgencia, tras pérdida de fetos en tiempos diferentes, requiriendo laparotomía de urgencia por anemización severa para extraerle la placenta, detectando placenta percreta, lo que se explica que es un cuadro grave. Asimismo, en el curso de la citada intervención se objetivó meso intestinal de íleon distal (intestino delgado desvitalizado en 10 cm), lo cual requirió de la intervención del cirujano de guardia. Todo ello en un contexto de urgencia vital que eximía del consentimiento.

Así, respecto de la placenta percreta, explica el SIP:

«La placenta percreta se adhiere al útero con mucha profundidad, en la placenta se adhiere y traspasa el útero, es una rara enfermedad placentaria, con una incidencia muy baja y un muy difícil diagnóstico prenatal, la dificultad en el diagnóstico prenatal, así como la imperiosidad de las medidas terapéuticas, convierten a la placenta percreta en una enfermedad con una elevada morbilidad y mortalidad materna.

El tratamiento es quirúrgico, la cesárea y la mayor parte de las veces la histerectomía.

Se define como una inserción anormal de las vellosidades de la placenta, que alcanzan la serosa peritoneal o incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos.

Se relaciona con una mortalidad materna del 10%, así como una importante morbilidad sobre todo por la hemorragia y sus consecuencias.

Como factores de riesgo, están: legrados y placentas previas, edad mayor de 35 años, ablación endometrial, radiación uterina etc (...)

La baja incidencia de esta grave complicación la convierten en un auténtico reto quirúrgico.

En el presente caso el resultado de la intervención a pesar de las complicaciones posteriores fue muy bueno consiguiendo preservar el útero y los ovarios».

Ello determina, respecto de tal intervención su carácter de urgencia vital, pero también de los hallazgos que en la misma obligaron a la intervención del servicio de cirugía, pues se produjeron *in situ*, además de su carácter grave.

Tales intervenciones quirúrgicas son actos médicos exentos de la necesidad de consentimiento informado en las condiciones legalmente establecidas, por lo que la complicación surgida ha de ser soportada por la reclamante.

Y es 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, si bien en sus arts. 4, 8 y 10 exige 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, exceptúa de ello los supuestos contemplados en el art. 9.2, en cuyo apartado b) se recoge el supuesto de existencia de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo.

En la madrugada del 8 al 9 de marzo de 2014 se diagnosticó a la paciente una peritonitis séptica postoperatoria, cuyo origen se halla en las intervenciones realizadas el día 3 de marzo de 2014, aunque se desconoce si es consecuencia de la actuación del Servicio de Ginecología o el de Cirugía, como señala en sus conclusiones el SIP, que intervinieron conjuntamente el 3 de marzo de 2014. Tal como se señaló anteriormente el carácter de urgencia vital de la intervención quirúrgica realizada el día 3 de marzo de 2014 exime de la obligatoriedad de la existencia de un consentimiento informado por escrito aunque como se indica por el propio SIP la paciente fue informada oralmente.

3. Respecto a la asistencia prestada los días posteriores, y, en especial, en los días 8 y 9 de marzo de 2014, ha de concluirse, igualmente, que la misma fue correcta, dado que la paciente fue adecuadamente tratada y diagnosticada en cada momento.

Ante todo, la valoración efectuada por la interesada acerca de que su ingreso en el Servicio de Ginecología fue inadecuado, por derivar su patología del Servicio de Cirugía, ha de señalarse que, *a priori*, la asistencia era competencia de Ginecología, si bien, el curso de la asistencia se constató la necesidad de intervención del Servicio de Cirugía, pero también del de Anestesiología y Reanimación, siendo, según se deriva de la historia clínica y de los informes recabados, constante y debidamente coordinada la actuación de todos los Servicios con independencia de la planta de ingreso, pues, había que elegir un lugar. De hecho, posteriormente se trasladó a la planta de Cirugía, sin dejar de haber seguimiento de Ginecología.

La valoración sobre la dejación de asistencia por parte de la doctora de guardia la noche del 8 al 9 de marzo de 2014, es subjetiva de la reclamante, objetivándose lo contrario en la historia clínica.

Pues bien, centrándonos en el diagnóstico de la complicación surgida de la intervención realizada el 3 de marzo de 2014, consistente en una peritonitis séptica, explica adecuadamente la Propuesta de Resolución, para justificar la adecuación a *lex artis* de la actuación de los servicios sanitarios, acogiendo las conclusiones y antecedentes señalados en el SIP, en primer lugar, una explicación de en que consiste tal complicación, para luego concluir que se produjo el diagnóstico en los tiempos establecidos en la *lex artis* con un adecuado seguimiento y valoración del dolor en cada momento.

Así:

«Las peritonitis sépticas postoperatorias generalmente tienen por causa la dehiscencia parcial de una anastomosis quirúrgica, el escape puede ser aparente (bilis u otra secreción) poco tiempo después, pero usualmente no es reconocida sino 5 u 8 días más tarde (...)

Este descubrimiento se realiza cuando persiste una clínica de dolor que no mejora.

(...)

La evaluación de complicaciones sépticas en un abdomen operado es un proceso difícil, ya que el dolor postoperatorio en sí, el íleo (el íleo postquirúrgico es la paralización del intestino después de una cirugía abdominal, y que normalmente se recupera sin más) y otras cuestiones hacen complicado el diagnóstico».

Dadas estas premisas, efectivamente, en el presente caso, en los días subsiguientes a la intervención del día 3 de marzo de 2014, cuyo postoperatorio tiene lugar en el Servicio de Ginecología, de mutuo acuerdo entre dicho Servicio y el de Cirugía, con consenso ambos en el seguimiento de la paciente, el dolor no era constante, y estaba controlado, siendo valorado como postoperatorio dadas sus características, lo que fue resultado del seguimiento, tratamiento y pruebas realizadas por aquellos servicios, e incluso por el Servicio de Anestesia y Reanimación, con el que se contacta el día 5 de marzo para mejor control del dolor, teniendo la misma opinión respecto de su origen postoperatorio.

Así, el 4 de marzo la paciente está controlada, siendo el 5 de marzo cuando presenta dolor abdominal, por lo que se valora el dolor por los Servicios de Cirugía y Ginecología, realizándose analítica general que es normal, además de contactar con el Servicio de Anestesia y Reanimación para el mejor control del dolor.

Tras tratamiento médico, mejora el dolor, no presentando dolor el día 6 de marzo.

El día 7 de marzo es valorada por cirujano y ginecóloga, encontrando a la paciente nuevamente sin dolor y con buen estado, por lo que se le retira el catéter epidural para infusión analgésica. No obstante, se deja pautado para control de eventual dolor Paracetamol y en segundo lugar Tramadol.

El día 8 de marzo, es de nuevo valorada por los Servicios de Ginecología y Cirugía, pasa el día bien, según historia clínica.

Es a las 22:00 horas del día 8 de marzo cuando expresa que siente dolor en bajo vientre, momento a partir del cual se realiza un exhaustivo seguimiento:

- Se trata con medicación para el dolor pautada de antemano.
- A las 22:45 horas presenta ganas de orinar constantes, y dolor al orinar, se avisa a la ginecóloga de guardia, que indica recoger muestra de orina para analítica, la clínica hace sospechar infección urinaria. Se pasa a Paracetamol para tratar el dolor.
- A las 02:00 del día 9 de marzo, sigue el dolor abdominal y se trata con medicación pautada.
- A las 03:00 horas, se avisa al ginecólogo que pauta Dolantina, media ampolla subcutánea.
- A las 05:00 vuelve a referir dolor, se le adelanta el Paracetamol intravenoso.
- A las 05:30 horas refiere mejoría, más tranquila, descansa.
- A las 07:30 horas comienza a tener dolor de nuevo, se avisa a Ginecología que comenta a enfermería que la valoraran por la mañana.
- Es valorada a partir de las 9 horas de la mañana, por el médico ginecólogo entrante de guardia, el cirujano y el anestésista que solicitan TAC y otras pruebas, y siguen valorándola hasta que deciden laparotomía. A la 13:18 horas ya tenían el TAC realizado y el diagnóstico.

A la vista de lo expuesto, y tras haberse explicado que es después del séptimo día de la cirugía cuando, una taquicardia sinusal persistente, disfunción respiratoria, hiperglucemia, junto a un íleo paralítico debe hacer sospechar una sepsis abdominal, sin que sean sintomático de ello los dolores que van y vienen, nos hallamos con que, en el presente caso, hasta el momento en el que efectivamente se diagnosticó, la clínica de la paciente y las pruebas realizadas no eran indicativas de la sepsis, por lo que su diagnóstico no pudo producirse antes, siendo adecuada la asistencia llevada a cabo antes y después del diagnóstico.

Tal es así que, como bien se señala en el informe del SIP, se ha logrado una restitución de la salud de la paciente mejor de la esperable dadas las patologías que presentaba, pues, tras un cuadro grave como el de la presencia de una placenta percreta, la paciente tiene un intestino normalizado en sus funciones tras la cirugía, y conserva el útero y anejos, el útero en estos casos se suele perder inevitablemente, no fue así; la paciente lo conserva.

Por todo lo expuesto, cabe concluir que la actuación de los servicios sanitarios fue conforme a la *lex artis*, sin que exista relación causal entre el daño por el que se reclama y la asistencia prestada por los Servicios asistenciales públicos, siendo

adecuada la Propuesta de Resolución que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la solicitud de la interesada.