



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 6 5 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 14 de diciembre 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. 533/2018 IDS)\**.

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 26 de mayo de 2016, a solicitud de (...), por la asistencia sanitaria recibida del Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante solicita una indemnización de 250.000 euros.

La preceptividad del Dictamen viene determinada por la cuantía de la reclamación, al ser la cantidad solicitada en concepto de indemnización superior a seis mil euros, según los arts. 11.1.D, e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

La competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, deriva del art. 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

Resulta aplicable el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), normativa aplicable, porque la reclamación fue presentada

---

\* Ponente: Sr. Suay Rincón.

antes de la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común (DT 3ª). También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (art. 13.3 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial), sin embargo, aún expirado éste, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 42 LRJAP-PAC).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, modificada por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de medidas tributarias, financieras, de organización y relativas al personal de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

A la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. El reclamante alega en su escrito inicial, entre otros extremos, lo siguiente:

«1.- Que el paciente de 33 años de edad ingresó el 30/05/2015 a las 02:52 horas y fue alta por traslado a su domicilio el 19/06/2015 a las 7:48 horas.

2.- Que el motivo de ingreso: Dolor abdominal post-colonoscopia.

3.- Como antecedentes inmediatos al ingreso, realización de una colonoscopia con extirpación de lesión polipoidea en el Hospital (...), en la mañana del día 29/05/2015, reingresando por la tarde en el citado centro por dolor abdominal progresivo y sensación distémica.

4.- En cuanto a la evolución y comentarios: el paciente presenta una evolución lenta pero favorable en la primera semana postoperatoria, comenzando con tránsito intestinal, tolerando dieta y con dolor abdominal controlado. Posteriormente, a pesar de encontrarse asintomático, comienza con picos febriles por lo que se le realiza una RX de control con objetivo de filiar el foco, donde se objetiva neumoperitoneo. Se completa el estudio con TAC que muestra hallazgos subjetivos de dehiscencia anastomótica y el paciente es finalmente intervenido el día 10/06/2015, con una evolución posterior favorable, encontrándose en el momento actual afebril, eupneico, tolerando dieta sin incidencias, con colostomía normofuncionante y dolor controlado.

(...)

A resultas de los hechos que preceden, se colige claramente que se ha dispensado una deficiente asistencia sanitaria del Servicio Canario de la Salud (...) que se traduce en la falta de información recibida, durante todo su proceso patológico, desde y durante su ingreso, que se prolonga incluso después de ser dado de alta hospitalaria el día 19.06.2015, que no médica, al negarse la información e historia clínica reclamada íntegra y total, solicitada en dos ocasiones, tal como así se deja constancia en el hecho segundo de esta reclamación.

Mal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud que concretamos en:

A) Mala Praxis en la intervención realizada el día 30.05.2015, así como el control y vigilancia de sus post-operatorios en los que se detecta falta de la diligencia debida.

B) Retraso injustificado, según los protocolos instaurados y/o conforme a la lex artis en la toma de decisión de la segunda intervención del 9.06.2015.

C) Falta de información sobre su todo el proceso patológico. Antes, durante y después de las intervenciones realizadas, al haberse entregado al reclamante la historia clínica incompleta.

D) Falta de consentimientos informados de las intervenciones realizadas así como de anestesia y medios diagnósticos practicados al paciente durante los pos operatorios de las mismas.

E) Retraso injustificado en la realización de pruebas diagnósticas y consultas necesarias para la reconstrucción del tránsito intestinal».

2. Se requiere al interesado a efecto de subsanar la reclamación formulada, presentando escrito con fecha 20 de junio de 2016, aportando Documento Nacional de Identidad y autorización para los datos obrantes en su Historia Clínica.

3. Por Resolución de 28 de junio de 2016 del Secretario General del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica del interesado. A la vista de lo anterior, el Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe de 29 de agosto de 2017 en el que concluye con la inexistencia de responsabilidad patrimonial por parte de la Administración pública.

4. Con fecha 13 de marzo de 2017 se notifican al interesado Acuerdo Probatorio y Trámite de audiencia. Transcurrido el plazo conferido, no se aporta nueva documentación.

5. No se recabó el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

6. La Propuesta de Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), se emite con fecha 11-07-2018.

7. En el expediente (páginas 95 y ss., 162 y ss., 204 y ss.) constan consentimientos informados firmados por el reclamante de las distintas pruebas e intervenciones a las que fue sometido.

### III

1. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos: - La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. - Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal. - Ausencia de fuerza mayor. - Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

Una nutrida jurisprudencia (reiterada en las SSTs -3ª- 29 de enero, 10 de febrero y 9 de marzo de 1998) ha venido a definir los términos concretos en que estas exigencias establecidas con carácter general se proyectan sobre el ámbito de la sanidad pública.

Así, entre tantas otras, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 observa que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Entiende, pues, el Tribunal Supremo que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración (Sentencia de 23 de septiembre de 2009, recurso de casación nº 89/2008).

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

De este modo, cabe también destacar la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, que declara: «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 con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

En íntima conexión, por lo demás, con la adecuación a la *“lex artis”* se sitúa la exigencia del consentimiento informado, en los términos igualmente resaltados por la jurisprudencia. La Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de enero de 2011, por ejemplo, señala: «La información que se proporciona al paciente antes de la intervención, y el correlativo consentimiento por parte de este, es un presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica, y se hace especialmente exigente en intervenciones médicas no necesarias, en las que el paciente tiene un mayor margen de libertad para optar por su rechazo habida cuenta la innecesidad o falta de premura de la misma y porque la relatividad de la necesidad podría dar lugar en algunos casos a un silenciamiento de los riesgos excepcionales a fin de evitar una retracción de los pacientes a someterse a la intervención (SSTS 21 de octubre de 2005 (RJ 2005, 8547); 4 de octubre 2006 (RJ 2006, 6428); 29 de junio 2007 (RJ 2007, 3871)). Como tal, la información debe hacerse efectiva con tiempo y dedicación suficiente y obliga tanto al médico responsable del paciente, en este caso el cirujano, como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, como uno más de los que integran la actuación médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud. Y hacerlo de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado, y en su vista elegir, rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos e incluso acudir a un especialista o centro distinto (SSTS 15 de noviembre 2006 (RJ 2006, 8059), y las que en ella se citan)». En el mismo sentido la Sentencia de 27 de diciembre de 2011.

2. Pues bien, trasladada esta doctrina al supuesto objeto de este Dictamen, cumple concluir que, en dicho supuesto, el daño alegado por el reclamante no es antijurídico, ya que el tratamiento sanitario dispensado al paciente resultó adecuado a su patología de acuerdo con la praxis médica, aunque no diera en efecto el resultado esperado desde el principio, siendo necesario varias actuaciones médicas para conseguir la recuperación del paciente.

3. Son varios los fundamentos que invoca el reclamante como causa del daño cuya responsabilidad atribuye a la Administración sanitaria:

1.- Por un lado, invoca una mala praxis durante la intervención quirúrgica a la que se tuvo que someter en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC) por la perforación de colon producida durante la colonoscopia realizada en un centro sanitario privado.

2.- Asimismo, se refiere a la falta de control y vigilancia médica del postoperatorio, que produjo una demora en el diagnóstico de la dehiscencia de la herida quirúrgica que conllevó a una segunda intervención.

3.- Igualmente, denuncia una falta de información sobre todo el proceso, incluyendo los consentimientos informados para las intervenciones realizadas.

4.- Y, en fin, también reprocha a la Administración un retraso injustificado en la realización de pruebas diagnósticas y consultas necesarias para la reconstrucción del tránsito intestinal.

4. El SIP, en su informe y a la vista de la documentación clínica analizada, expone la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- Con fecha 29 de mayo de 2015 al reclamante se le realiza colonoscopia en el Hospital (...) con cobertura privada, y extracción de pólipo de 2 cm.

El mismo día por la tarde, acude al Servicio de Urgencias del Hospital (...) por dolor abdominal, vómitos y fiebre de 38.7°C

Se realiza TAC de abdomen, en el que se objetiva Neumo y retroneumoperitoneo en relación con perforación de víscera hueca. Dada la clínica presentada se sospecha afectación inflamatoria-infecciosa peritoneal, por lo que se deriva al HUIGC a las 00:34 h del día 30 de mayo de 2015 con diagnóstico de retro y neumo peritoneo por perforación colónica tras polipectomía.

- Tras preoperatorio y firma del documento de consentimiento informado (DCI) alrededor de las 3:00 h se realiza resección de sigma con anastomosis T-T manual.

El estudio anatomopatológico confirma la sospecha diagnóstica, al obtener resultado de segmento intestinal de 5 cm de longitud con signos de perforación y peritonitis localizada, cercana a cicatriz de polipectomía.

- Pasa a URPA a las 5:00h del día 30 de mayo. A las 9:54 h se valora al paciente hemodinámicamente estable, afebril y eupneico. Abdomen levemente distendido y doloroso, acorde al tiempo postoperatorio. Pasa a planta a las 14:10 h.

- Se describe evolución lenta pero favorable en la primera semana postoperatoria. Comienza con tránsito intestinal, tolerando dieta y con dolor abdominal controlado.

- El día 31 de mayo la evolución continúa siendo favorable. Refiere dolor punzante en FII, pero el abdomen está blando y depresible con dolor leve acorde al tiempo postoperatorio. Drenaje y diuresis dentro de lo normal.

- El día 1 de junio es valorado por Cirugía General Digestiva (DGC) y Anestesia, y continúa evolucionando de forma favorable.

- El día 2 deambula por la habitación. Valorado por CGD, se describe dolor en Fosa iliaca izquierda con defensa a la palpación de forma generalizada. Se solicita analítica urgente cuyo resultado no presenta datos de infección.

- El día 3 de junio continúa sin fiebre y estable. A las 2:00 h refiere dolor que necesita dosis analgésica de rescate. A las 2:30 realiza vómitos que repite a las 17 h con abundante contenido de aspecto bilioso.

- El 4 de junio presenta mejor aspecto general, sin náuseas ni vómitos. Es valorado por CGD quien pauta nutrición parenteral y solicita radiografía de abdomen que no arroja signos de obstrucción. Se mantiene estable, afebril y sin dolor tanto el 5 como el 6 de junio. En valoración por CGD se indica tolerancia con dieta líquida.

- El día 7 de junio, a las 13:00 h es valorado de nuevo por CGD y consta buena evolución clínica. Tolerando dieta líquida. Se indica dieta pastosa y retirada de sonda nasogástrica.

- Con fecha 8 de junio presenta fiebre de 38°C y posteriormente de 37.2°C. El Servicio de CGD mantiene actitud expectante. Valorada radiografía a las 13:39 h (neumoperitoneo y probable dehiscencia de anastomosis) se decide dejar de nuevo con dieta absoluta. El paciente está asintomático, con leve dolor en la herida quirúrgica a la movilización.

- El día 9 de junio continua estable, afebril con constantes mantenidas y sin referir dolor.



Debido a la discordancia clínico radiológica se solicita TAC con carácter preferente. Se solicita estudio radiológico para el día siguiente y se mantienen pendientes de evolución.

El TAC impresiona de moderado neumoperitoneo con múltiples colecciones localizadas dentro del peritoneo, compatibles con abscesos y hallazgos sugestivos de dehiscencia de la sutura, a valorar en contexto clínico.

- Ese mismo día, 9 de junio se extrae hemocultivo por Tª 38.9°C durante la tarde. Se decide nueva cirugía por dehiscencia de la herida.

- Durante la intervención se observan múltiples abscesos en flanco derecho, hipocondrio izquierdo, FII y pelvis. Hematoma antiguo en FII y dehiscencia total de anastomosis sigmoidea con salida de contenido fecaloideo. Se realiza colostomía.

- El día 10 de junio, primer día de postoperatorio de dehiscencia de anastomosis, presenta buen estado general, afebril, eupneico, con abdomen blando y depresible, doloroso alrededor de la herida y sin peritonismo. De la misma forma continúa los días siguientes.

- La evolución es favorable, y el día 19 de junio causa alta hospitalaria. Se cita para control en consultas externas de CGD.

- Con fecha 30 de junio de 2015 presenta buen estado general. Colostomía funcionante y con buen aspecto. Lo mismo ocurre el día 28 de julio, con mejoría clínica importante.

- El día 2 de octubre de 2015 es visto por el Servicio de Psiquiatría por dificultad de adaptación a la colostomía. Sabe que es temporal y que tiene que esperar entre 6 meses y un año para comprobar la buena cicatrización antes de ser reconstruido.

- El 29 de septiembre de 2015 se realiza endoscopia baja a través de colostomía. No se observan lesiones en mucosa ni alteraciones morfológicas. En rectoscopia posterior se exploran hasta 25 cm objetivando anastomosis normal.

- Con fecha 14 de abril de 2016 se realiza reconstrucción del tránsito intestinal en el HUIGC.

5. Con base en estos hechos, la Propuesta de Resolución responde a las diversas cuestiones planteadas por el reclamante en términos satisfactorios, tal y como ya adelantamos.

A) Así, respecto a la intervención quirúrgica de 30 de mayo de 2015, el paciente ingresa en el HUIGC con la finalidad de recibir tratamiento quirúrgico al presentar una complicación prevista en intervención realizada en centro privado y se le realiza laparotomía exploradora con resección intestinal y colocación de drenaje por perforación de colon tras colonoscopia.

La intervención quirúrgica estaba, por tanto, indicada. La perforación sigmoidea fue comprobada no solo a través de medios complementarios sino descrita como hallazgo durante el procedimiento quirúrgico objeto de reclamación.

Por lo que respecta a la ejecución de la intervención, se describe el protocolo quirúrgico no constando incidencia alguna durante el transcurso de la misma, determinando la correcta realización de la técnica (como se puede observar en la hoja quirúrgica, folio n.º 104).

En este aspecto conviene hacer constar el informe del Jefe de Servicio de CGD del HUIGC de fecha 8 de agosto de 2016, según el cual la técnica realizada en ese primer procedimiento fue la adecuada dado que, si la sepsis del paciente se puede controlar, como era el caso de (...) el día 30 de mayo de 2015, se puede realizar la resección y anastomosis primaria con o sin estoma proximal. El facultativo expone que en el protocolo quirúrgico no se recoge ninguna incidencia intraoperatoria por la única razón de que no se produjo ninguna. Las incidencias intraoperatorias, entendidas en relación al desarrollo de la actividad del propio acto quirúrgico, están recogidas en el resto de los apartados del protocolo (folio n.º 93).

El reclamante compara esta hoja quirúrgica con la cumplimentada con fecha 10 de junio de 2015, cuando se procedió a resolver la dehiscencia de la anastomosis, en la que dentro del apartado "Incidencias" sí consta como anotación "sin incidencias durante la cirugía" (folio n.º 103).

El SIP, sin embargo, resuelve esta cuestión en su informe. Los autores de las hojas quirúrgicas de fecha 30 de mayo y 10 de junio de 2015 son diferentes, teniendo cada uno un uso distinto de las diferentes expresiones. El hecho de no dejar reflejado que no se produjo ninguna incidencia no significa que la hubiera tal y como pretende hacer entender el reclamante (folio nº 38).

Por tanto, la intervención quirúrgica objeto de la reclamación, no sólo estaba correctamente indicada, sino que se ajustó a la "*lex artis*".

B) Respecto a la falta de vigilancia médica durante el postoperatorio, consta en el informe emitido por el facultativo que, según se pudo apreciar en la historia

clínica electrónica, el paciente fue valorado a las 9:54 h del día 30 de mayo, es decir, todavía en el despertar de quirófano, con objeto de seguir su postoperatorio inmediato.

Este seguimiento, tal y como se observa en la historia clínica electrónica, se realizó de forma continuada durante la estancia hospitalaria, realizándose las pruebas necesarias en función de los signos y síntomas del paciente. Así, el 4 de junio y ante la presencia de vómitos, se procedió a realizar radiografía de abdomen, descartando tanto un patrón obstructivo como íleo adinámico

El primer pico febril se presentó el 8 de junio, normalizándose la temperatura posteriormente. A pesar de eso, se describe una actitud expectante, solicitándose Rx, y también un TAC en caso de que el paciente empeorara o se presentara fiebre de nuevo.

La sospecha diagnóstica se describe en la misma fecha 8 de junio, ante la imagen de neumoperitoneo. No hay correspondencia entre esta imagen con la evolución del paciente, que era favorable en todo momento y sin signos ni síntomas de complicación.

El día 9 de junio, continúa sin fiebre y estable. Ante esta discordancia entre la imagen radiológica con la clínica presentada, se realiza el TAC solicitado que desvela una dehiscencia de la anastomosis. En ese momento se actuó a la mayor brevedad para solucionar la complicación postoperatoria que en ese momento presentaba el paciente.

El SIP expone en su informe que el tratamiento de la dehiscencia de sutura quirúrgica se basa en los signos clínicos del paciente, y habitualmente requiere procedimientos invasivos, incluyendo drenajes percutáneos y reintervención quirúrgica.

Cuando no existe empeoramiento del paciente, aunque haya signos radiológicos de fuga, se decide aplicar un tratamiento conservador pues este tipo de dehiscencias subclínicas cicatrizan solas con frecuencia.

Esta complicación requiere una correlación clínico-radiológica de manera que la visualización de signos radiológicos se apoyen en la clínica o bien establezcan algún diagnóstico alternativo que ayuden al cirujano a decidir entre uno u otro tratamiento.

El paciente es intervenido el día 10 de junio con objeto de resolver la complicación postquirúrgica surgida, al día siguiente de haberse presentado el primer signo

C) Respecto a la supuesta existencia de una falta de adecuada información, el informe del facultativo incorporado al expediente expone que la dehiscencia de anastomosis es una complicación postoperatoria descrita en toda la literatura de la Cirugía General y del Aparato Digestivo. En relación a los factores que influyen en su aparición, se encuentra la obesidad, edad, sexo, consumo de tabaco y/o de alcohol, diverticulosis, uso de esteroides, estado nutricional del paciente previo a la intervención, radioterapia y/o quimioterapia preoperatorias, duración de la cirugía, transfusión sanguínea perioperatoria, sepsis intraoperatoria, etc. En la práctica, el fallo de la anastomosis sucede incluso en pacientes jóvenes, bien nutridos, sin condiciones de co-morbilidad y tras una técnica quirúrgica satisfactoria.

El reclamante alega falta de información durante todo el proceso, así como desconocimiento de la existencia de los DCI, los cuales no constan en la historia clínica que se le facilitó. Pero el hecho es que sí constan en la historia clínica. El reclamante suscribió el DCI para laparotomía exploradora (folio nº 95 y 96 del EA). En este DCI consta de forma clara que como riesgo poco frecuente y grave de estas cirugías encontramos la «dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida)». Continúa registrando que las complicaciones que se pueden producir se resuelven con un tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Tras el diagnóstico de dehiscencia de anastomosis y su posterior decisión de tratamiento quirúrgico, firma un nuevo DCI para someterse a cirugía de urgencia el día 10 de junio de 2015, siendo, por tanto, nuevamente informado acerca de su situación y de los nuevos riesgos a los que volvía a someterse.

Está acreditado, pues, que el reclamante conoció y aceptó, mediante la firma de los Documento de Consentimiento Informado, las distintas pruebas y cirugías a las que fue sometido.

D) Por último, y en relación con el retraso en la reconstrucción del tránsito intestinal, una vez diagnosticado de dehiscencia de anastomosis, se realiza intervención urgente de Hartmann con realización de colostomía de carácter temporal. Se le explica al paciente que es necesario que transcurra un tiempo para llevar a cabo la reconstrucción del tránsito fecal con el cierre de la colostomía.

El paciente era conocedor de que la reconstrucción no se llevaría a cabo de inmediato, puesto que era necesario el transcurso del tiempo. El propio paciente se lo comunica a su médico de familia «le dijeron mínimo 6 meses para la reconstrucción» (folio n.º 238).

Expone el facultativo informante que tras la intervención de 10 de junio de 2015 la evolución fue satisfactoria. Se solicitó colonoscopia, necesaria para la reconstrucción del tránsito intestinal, y se siguieron los tiempos de lista de espera desde septiembre de 2015, lo cual responde a los tiempos adecuados de tres meses para la correcta recuperación del paciente y la idoneidad de los tejidos para ser sometidos a un nuevo procedimiento quirúrgico.

El Servicio de CGD registra que se pospone la reconstrucción por un tiempo adecuado para la recuperación del paciente.

El tiempo recomendado para la reconstrucción oscila entre seis meses y un año. Finalmente, tras realizar las pruebas necesarias, se realiza la reconstrucción con fecha 14 de abril de 2016, es decir, casi diez meses después de la intervención. Tampoco se aprecia, por tanto, una demora inadecuada en la reconstrucción del tránsito intestinal.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada es conforme a Derecho, por entender que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.