



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 7 6 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 20 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. 555/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado el 12 de noviembre de 2018 (RE 19 de noviembre de 2018) 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, el Servicio Canario de la Salud. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia 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 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: Sra. de Haro Brito.

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 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 y 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 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, 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. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se presentó el 19 de febrero de 2016, siendo que la última intervención quirúrgica del proceso asistencial se produjo el 12 de mayo de 2015, y que en septiembre de 2015, por la Unidad del Dolor del CHUIMI, se le diagnosticó dolor neuropático post-quirúrgico, del que aún se encuentra en tratamiento, teniendo el alta laboral-según propias manifestaciones, en agosto de 2015, de modo que en ningún caso ha transcurrido un año hasta la presentación de la reclamación. Por tanto, la reclamación se ha presentado dentro del plazo establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP.

III

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

«PRIMERO.- (...) día 27 de febrero de 2014 me fue realizada una prueba de endoscopia digestiva baja (colonoscopia) en el Complejo Hospitalario Universitario Insular–Materno infantil de Gran Canaria, (...), practicándoseme en el curso de la misma una polipectomía. Tras disminuir los efectos de la sedación, abandoné dicho centro hospitalario aproximadamente a las 14 horas.

SEGUNDO.- En las horas siguientes a realizármese dicha prueba sentí dolor en la zona derecha de mi abdomen, de tal intensidad que no podía tenerme en pie, por lo que, muy preocupada y convencida de que tenía relación directa con la intervención de la que había sido objeto en la mañana, mi hija telefoneó al Servicio 112, viniendo a recogerme una ambulancia que me llevó al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

En dicho Servicio me administraron por vía parenteral diversos fármacos, (...), tras realizarme una exploración física y valorar el resultado de las pruebas bioquímicas y radiológicas a las que me sometí, descartó que el dolor estuviese ocasionado por algún fallo en la intervención abdominal a la que me sometí en esa mañana y me diagnosticó dolor abdominal (inespecífico), (...), prescribiéndome dos medicamentos (Motilium y Nolotil), y me dio el alta a pesar de la persistencia del gran dolor que sentía –que me seguía impidiendo la deambulación- recomendándome que acudiera al médico de atención primaria para el seguimiento del dolor, sin perjuicio de acudir al Servicio de Urgencias en caso de empeoramiento.

TERCERO.- (...) 1 de marzo de 2014, habiéndose tornado insoportable el dolor, mi hija y una amiga Diplomada Universitaria en Enfermería decidieron avisar al 112, por lo que una ambulancia me trasladó urgentemente al Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, detectándose una perforación intestinal y realizándoseme ese mismo día una intervención quirúrgica (...) hallando una peritonitis fecaloidea en los cuatro cuadrantes -secundaria a la polipectomía endoscópica que se me había realizado dos días antes-, fibrina en pared de asas intestinales y síndrome adherencial en compartimento supramesocólico, y practicando una hemicolectomía derecha -24 centímetros de colon próximo al ciego, en la zona afectada por la perforación intestinal, de la que se derivó una peritonitis aguda serofibrosa y gangrenosa.

Cuatro días después, el día 5 de marzo de 2014, debido al sangrado de la herida quirúrgica y a inestabilidad hemodinámica fui nuevamente intervenida quirúrgicamente de urgencia (...) hallando un gran hematoma de pared abdominal y desgarro de músculos rectos y aponeurosis, así como peritonitis plástica con líquido libre en los cuatro cuadrantes, estando

indemne la anastomosis de la cirugía previa, y, mediante laparotomía, colocándome una malla de polipropileno.

En los días subsiguientes se me objetiva débito de aspecto intestinal por drenaje intraabdominal, confirmándose mediante TAC la existencia de una fístula enterocutánea de bajo débito y tromboembolismo pulmonar en la arteria aorta lobar inferior y media derecha, con atelectasias laminares subsegmentadas bibasales.

CUARTO.- Permanecí ingresada en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria hasta el día 25 de abril de 2014, en que fui trasladada a mi domicilio (...).

La evolución del postoperatorio fue tórpida por razón de la fístula intestinal, con problemas de infección y de cicatrización de la herida quirúrgica, a pesar de las curas diarias y semanales de las que fui objeto durante muchos meses; así como por el tromboembolismo pulmonar, que me ocasionó disnea y ortopnea. Así, en octubre de 2014 se produce la reapertura de la herida, después de estar cicatrizada, precisando nuevamente curas diarias y revisiones periódicas en Consultas Externas de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria.

QUINTO.- El día 8 de enero de 2015 fui incluida en la lista de espera para someterme a la intervención quirúrgica precisa para reducirme la eventración que quedó en la línea media de mi abdomen; en fecha 12 de mayo de 2015 ingresé en el Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil, para someterme ese mismo día dicha intervención quirúrgica, (...) hallando eventración de línea media superior y saco herniario con adherencias al mismo, y practicando una plastia de pared abdominal y costal con malla de polipropileno.

Tres días después de dicha intervención fui dada de alta (...).

SEXTO.- Como quiera que tras dicha intervención padecía dolores a nivel subcostal izquierdo, posiblemente relacionado con el anclaje de la malla de polipropileno que me fue colocada, acudí al Dr. (...), quien en fecha 18 de junio de 2015 solicitó interconsulta a la Unidad del Dolor, al objeto de tratar mi dolor, así como se me remitió para valoración al Servicio de Psiquiatría (Psicólogo clínico).

En fecha 28 de agosto de 2015 acudí nuevamente a la Consulta de Cirugía General y Digestiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil con dolor torácico posterior, siendo valorada por el Dr. (...), quien consideró necesario descartar como causa de dicho dolor un tromboembolismo pulmonar.

Por último, el pasado 8 de noviembre acudí de nuevo a la Consulta de Cirugía General y Digestiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil con dolor torácico posterior, siendo valorada por el Dr. (...), quien constató la persistencia de mi dolor subcostal y el mal resultado de los tratamientos analgésicos prescritos, recomendándome no realizar esfuerzos físicos y siendo remitida a la Unidad del Dolor para valorar y tratar mi situación, comenzando el pasado mes de diciembre».

Reclama la interesada por los daños en su salud derivados de que el día 27 de febrero de 2014 en la intervención de colonoscopia y polipectomía se produjera perforación intestinal y ésta no fuera diagnosticada en el Servicio Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín esa tarde. Además, alega que hubo de permanecer en situación de incapacidad temporal para el desempeño de su trabajo durante dieciocho meses, habiendo tenido que reincorporarse en los primeros días del pasado mes de agosto de 2015 por resultar indispensable a la subsistencia de su unidad familiar, que depende de ella.

Solicita una indemnización que no cuantifica.

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 RPAPRP. No obstante, aun 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).

Ha de aclararse, por otro lado, que no se ha incorporado informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Doctor Negrín, responsable de la asistencia prestada en relación con la ausencia de diagnóstico de perforación intestinal en la tarde del día 27 de febrero de 2014. Sin embargo, no resulta procedente retrotraer el procedimiento a fin de recabarlo, puesto que si bien en la testifical del responsable de la asistencia referida manifestaba no recordar nada en relación con el objeto de la reclamación, sin embargo, en la historia clínica de la paciente, incorporada al expediente, se analiza aquella asistencia y ha sido objeto de varios informes de especialistas del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil recabados en el procedimiento que nos ocupa y por el Servicio de Inspección y Prestaciones.

Constan las siguientes actuaciones:

- El 25 de febrero de 2016 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que ésta recibe notificación el 1 de marzo de 2016, viniendo a aportar documentación requerida el 11 de marzo de 2016, momento en el que solicita la práctica de pruebas testificales.

- Por Resolución de 15 de marzo de 2016, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que recibe notificación aquélla el 6 de abril de 2016.

- El 16 de marzo de 2016 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, y tras varias reiteraciones de solicitud, lo emite el 26 de mayo de 2017.

- Mediante escritos presentados el 1 de agosto de 2016, el 25 de enero de 2017 y el 19 de mayo de 2017, la reclamante, a través de su representante legal, solicita información acerca del estado de tramitación del procedimiento, así como copia de los informes recabados, e interesa el impulso del procedimiento, dándose siempre respuesta de que se estaba a la espera del informe del SIP, cuya solicitud se reiteraba en tales ocasiones.

- El 11 de septiembre de 2017 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las testificales solicitadas por la interesada, excepto, por ser reiterativa, la de todos los cirujanos que la intervinieron (principal y ayudantes), abriendo periodo probatorio y siendo citados los testigos.

- Entretanto, el 14 de septiembre de 2017, la reclamante solicita información acerca del estado de tramitación del procedimiento, así como copia de los informes recabados, e interesa el impulso del procedimiento, remitiéndosele al efecto, el 18 de septiembre de 2017, copia de los informes del SIP, así como de los especialistas recabados.

- El 28 de septiembre de 2017 se realiza la práctica de las testificales con el resultado que obra en el expediente, si bien, no habiendo podido acudir uno de los testigos llamados, la interesada solicita posponer tal interrogatorio, que, efectivamente, se realiza el 29 de noviembre de 2017. Previamente, la reclamante había remitido preguntas a realizar el día anterior mediante correo electrónico.

- El 30 de noviembre de 2017 se confiere a la interesada trámite de audiencia, de lo que recibe notificación el 9 de enero de 2018, presentando alegaciones el 29 de enero de 2018.

- Tales alegaciones se remiten al SIP para que emita informe al respecto el 30 de enero de 2018, emitiéndose aquel informe el 14 de febrero de 2018.

- Nuevamente, el 13 de marzo de 2018, se confiere a la interesada trámite de audiencia, de lo que recibe notificación el 27 de marzo de 2018, presentando

alegaciones el 11 de abril de 2018 en las que se ratifica en lo alegado anteriormente y solicita a la Administración que proponga un acuerdo indemnizatorio.

- El 1 de agosto de 2018 se dicta Propuesta de Resolución desestimando la pretensión de la interesada, y en igual sentido consta Borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, lo que fue informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 1 de octubre de 2018. El 30 de octubre de 2018 se dicta Propuesta de Resolución definitiva en igual sentido desestimatorio.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante, y lo hace con fundamento en los antecedentes obrantes en la historia clínica de la paciente y en virtud de los informes evacuados a lo largo del procedimiento, en especial del SIP, concluyendo la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada a la paciente.

2. Pues bien, a fin de determinar la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada a la interesada, es preciso distinguir dos aspectos que se sostienen en su reclamación: la producción de una perforación intestinal durante el curso de la intervención quirúrgica de 27 de febrero de 2014, y la falta de diagnóstico de la misma en la tarde de ese día, lo que ha determinado -a entender de la reclamante- su tórpida recuperación.

1) En relación con la perforación intestinal en el curso de la intervención quirúrgica del 27 de febrero de 2014, es preciso constatar dos cuestiones a su vez, como ha hecho la Propuesta de Resolución, que son, por un lado, la indicación y corrección en la realización de la intervención de aquella fecha, y la previsión y asunción por la paciente de las complicaciones inherentes a la misma.

En cuanto al primer aspecto, queda acreditada la indicación y la corrección de la prueba, tal y como informa el Jefe de Servicio de Digestivo del CHUIMI (folio 415). Así, por un lado, la colonoscopia estaba indicada en el caso de la paciente, como cribado oportunista al reunir criterios la misma, y, por otro, esta prueba «se realizó sin incidencias a destacar, se extirpó un pólipo edematoso, o sea de carácter neoplásico por lo que el cribado cumplió su función pues el objetivo es detectar pólipos (Informe anatompatológico n.º biopsia 14B0003387)».

Además, explica que «se le realizó la prueba por un endoscopista experto bajo sedación profunda tal y como se requiere y se le realizó una polipectomía de una lesión

neoplásica con potencial de transformación maligna que siempre que se encuentran en una colonoscopia es preciso extirpar. La colonoscopia mas polipectomía, como técnica invasiva que es, está sometida a riesgo de complicación, recogido en el consentimiento informado, la cual se produjo en este caso no como fruto de la mala praxis sino inherente a la técnica, quedando demostrado que se hizo la exploración con todos los criterios de calidad y buena práctica que requiere esta técnica (...).».

Y añade el referido informe:

«La perforación es una complicación que se puede producir en la realización de una colonoscopia y en la realización de una polipectomía. En el caso que nos ocupa la perforación está en relación con la polipectomía por las características de la misma, y no en el momento de la misma sino por la escara resultante, pues la perforación instrumental es mucho más violenta y suele ser detectada en el mismo acto exploratorio».

En cuanto al segundo aspecto, también ha quedado acreditado que la paciente conoció y asumió con carácter previo a la intervención los riesgos propios de la misma, que asumió con la firma del documento de consentimiento informado el día 27 de febrero de 2014 (folios 164 y 165) el 27 de febrero de 2014. Consta en tal documento, en el apartado de riesgos, entre las complicaciones más relevantes: «Perforación en algún punto del aparato digestivo, producidos por los instrumentos de trabajo, por la existencia previa de patologías que pueden facilitar la perforación, divertículos, cuerpos extraños durante la extracción, y que generalmente, requiere intervención quirúrgica».

Por último, a mayor abundamiento, las pruebas testificales corroboran que se siguió el protocolo vigente, que no hubo ninguna incidencia en el transcurso de la colonoscopia, y que las complicaciones surgidas están descritas, tal y como afirman todos los testigos.

Por tanto, dado lo expuesto, cabe concluir que existían complicaciones contempladas como riesgo típico de una colonoscopia y en una polipectomía, y señaladas expresamente en el consentimiento informado previo a la intervención, firmado en tal fecha por la reclamante, por lo que tales riesgos han de ser asumidos por la paciente si la intervención se ha realizado conforme a la *lex artis* desde el punto de vista técnico, no siendo, en este caso, tales riesgos atribuibles a una inadecuada práctica de la intervención.

Al respecto, es bien sabida la doctrina de este Consejo Consultivo, acogiendo la reiterada del Tribunal Supremo, de la relevancia del consentimiento informado del paciente a efectos de determinar la adecuación a la *lex artis* del proceso asistencial,

de manera que, conocidos y asumidos los riesgos por la paciente, éstos deben ser soportados por la misma siempre que se haya desarrollado la asistencia conforme a las reglas técnicas de la *lex artis ad hoc*.

2) En relación con la ausencia de diagnóstico de la perforación sufrida, como se argumenta en la Propuesta de Resolución, a raíz de los informes y pruebas recabadas a lo largo del procedimiento, cabe afirmar que se ha acreditado que tampoco constituyó vulneración de la *lex artis*, dado que a pesar de haberse realizado las pruebas indicadas para su diagnóstico, éste no pudo llevarse a cabo por no visualizarse la perforación en las pruebas de imagen, ni haberse puesto de manifiesto aún la clínica propia de una perforación, lo que hace concluir que la perforación surgió al segundo día post-operatorio.

Así, se ha informado por el SIP de que «el día 27 de febrero por la tarde, la paciente presentó un cuadro de dolor abdominal y fue atendida por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Se realizó valoración mediante, Analítica: Los leucocitos no fueron concluyentes toda vez que oscilaron entre elevación, en fecha: 27-02-2014, y normalidad en las analíticas, de fecha: 01-03-2014 a las 16:12 y a las 18:57. En la radiografía de Tórax no se observó imagen de Neumoperitoneo. En la Radiografía de Abdomen: presencia de gas en marco cólico y ampolla rectal. Todo ello no resultó concluyente para irritación peritoneal, que evidentemente se produciría en una perforación intestinal. Se prescribió Motilium y Nolotil. Al constatar mejoría clínica en la paciente, se procedió al Alta, con recomendación de: seguimiento del dolor por Médico de cabecera y acudir a Urgencias, si empeorase. De modo que pese a las pruebas realizadas, no se detectó la perforación intestinal».

Asimismo, se señala en tal informe:

«Consideramos que, pese a las pruebas -realizadas en la tarde del día 27 de febrero de 2014-, no fue posible detectar la perforación intestinal, probablemente porque la perforación no se habría completado desde la escara de la electrocoagulación, no habría abarcado aún las cinco tunicas del muro/pared del Intestino Grueso, si no que se estaría lacerando progresivamente -por ello ya existía dolor-, hasta que alcanzó la capa más externa de la pared/muro (capa serosa).

Por ello, cuando la paciente fue explorada en Urgencias del HUGCDN, el día 27 de febrero de 2014, por la tarde, en ella no existía: peritonismo, irritación peritoneal, vientre en

tabla, taquicardia o sudoración (todos ellos signos de perforación) y las radiografías no mostraron Neumoperitoneo.

Así, colegimos que la perforación surgiría al segundo día post-colonoscopia, el 01-03-2014, y en el subsiguiente TAC ejecutado, ya fue visible el Neumoperitoneo, del que se dedujo la existencia de perforación intestinal».

Y añade el informe complementario del SIP:

«habida cuenta la ausencia de imagen de neumoperitoneo en la radiografía de tórax – practicada en el Servicio de Urgencias del Complejo Universitario Insular–Materno Infantil (debió decir Doctor Negrín)- y del resultado no concluyente para irritación peritoneal – que evidentemente se produciría en una perforación intestinal, resulta lógico argumentar que en la tarde del día 27 de febrero de 2014, no se detectó perforación intestinal».

Así pues, las pruebas realizadas a la paciente en la tarde del día 27 fueron las indicadas para el diagnóstico de la peritonitis, pero no se concluyó el mismo porque tales pruebas y la clínica de la paciente no objetivaron la misma en ese momento. Ello permite señalar al SIP que «El 1 de marzo de 2014 la nueva radiografía de tórax practicada resultó positiva para neumoperitíneo y, por tanto es esta fecha cuando se sospecha -por primera vez- de la presencia de perforación intestinal, procediendo a intervención quirúrgica de urgencias.

La tomografía axial computarizada (TAC) solo estaría indicada cuando existiese sospecha de neumoperitíneo en las radiografías previas, y este no fue el caso.

Los leucocitos si bien estaban elevados en una primera analítica, no lo estaban en las analíticas de fecha 1-03-2014 a las 16:12 horas y a las 18:57 horas».

Se aclara asimismo en el citado informe complementario, insistiendo en lo ya argumentado, que la perforación tenía 48 horas de evolución «(...) Por tanto colegimos que la perforación no se produciría ese día ni en el acto quirúrgico por colonoscopia, ni por la tarde, por lo ya explicado en el informe de Inspección pretérito, en el que se consideró como hipótesis argumental, que la escara creada por la electrocoagulación -tras la extirpación del pólipo- pudo lacerarse paulatinamente – produciendo dolor-hasta alcanzar todas las capas de la pared del intestino y finalmente perforarse. Por ello no existió un Neumoperitoneo inmediato» Y añade: «Clarificar que de producirse una perforación intestinal durante la técnica instrumental de la Colonoscopia, la sintomatología es inmediata (visualmente), con sangrado evidente e incoercible, de no abordarse inmediatamente, por lo que se colige que la perforación debió de producirse en el lecho escarado -por la electrocoagulación-, que resta luego de la extirpación del pólipo, tiempo después (deducimos que, dos días después)».

Ello coincide con lo explicado en el informe del Jefe de Servicio de Digestivo del CHUIMI que señala que «La perforación es una complicación que se puede producir en la

realización de una colonoscopia y en la realización de una polipectomía. En el caso que nos ocupa la perforación está en relación con la polipectomía por las características de la misma, y no en el momento de la misma sino por la escara resultante, pues la perforación instrumental es mucho más violenta y suele ser detectada en el mismo acto exploratorio. Lo normal es que ocurra en las primeras 24 horas. La atención del servicio de Urgencia del Hospital Dr. Negrín fue correcta y le hicieron las pruebas pertinentes para descartar esta complicación aunque no fue posible».

Así pues, se explica posteriormente por el SIP la posible causa de la perforación diferida, que se atribuye a «que nos hallamos ante una naturaleza histo-bio-fisiológica de los intestinos y cavidad abdominal de la paciente, (...) tendente a establecer:- Cicatrización anómala: lo que provocó – en la electrocoagulación del lecho del pólipo extirpado, habida en la Colonoscopia- una escara con tendencia a la laceración, surgiendo posteriormente una perforación. (...)».

3. Finalmente, y si bien no ha sido objeto de la reclamación por mala praxis, que se imputa por la interesada a la perforación en la colonoscopia y posterior falta de diagnóstico en la tarde de la prueba, hemos de señalar que el tratamiento asistencial posterior dispensado a la reclamante fue el indicado para la perforación, siendo las complicaciones inherentes a su salud y a las propias intervenciones que hubieron de realizarse, cuyos consentimientos informados fueron adecuadamente firmados por la interesada.

Así se explica en el informe del SIP, en el que se indica pormenorizadamente el proceso asistencial posterior al diagnóstico de la perforación intestinal, pues, si bien señala que en alguna ocasión la perforación intestinal se cierra sola, por lo general, precisa de tratamiento quirúrgico que consiste en reparar el orificio o extirpar un pequeña parte del intestino. Por ello, diagnosticada la perforación intestinal el 1 de marzo de 2014 se realiza intervención quirúrgica de urgencia consistente en «una hemicolectomía derecha con anastomosis Íleo-cólica, tratamiento de la peritonitis aguda y lavado de la cavidad abdominal».

Consta respecto de esta intervención Consentimiento Informado firmado por la reclamante el mismo día donde se advierte de la complicación surgida posteriormente: riesgo de sangrado por la herida quirúrgica, lo que determinó la urgencia en la realización de nueva intervención quirúrgica el 5 de marzo de 2014, también previa firma del Consentimiento Informado, a pesar, en ambos casos, se tratarse de intervenciones de urgencia.

Se informa por el SIP de que «En esta nueva Laparotomía -que utilizó para abordaje quirúrgico, la incisión de la Laparotomía pretérita-, se halló un hematoma, desgarros de los músculos Rectos anteriores y de la Aponeurosis; todo ello en la pared abdominal. Además existía Peritonitis. Sin embargo, la anastomosis Íleo-cólica -fruto de la anterior laparotomía, del 1 de marzo de 2014-, permanecía intacta. Habida cuenta la tendencia de la pared anterior abdominal de la paciente operada, a la producción de desgarros en la musculatura y aponeurosis —estos resultan indispensables para conformar el cierre de la herida quirúrgica-, al constatar, por estos desgarros, que no era suficiente el sistema de cierre de la incisión mediante grapas o sutura, y en evitación de futuros desgarros, dehiscencias, eventraciones o similares (post-quirúrgicos), se procuró una plastia en la pared abdominal, con una Malla de Polipropileno.

Con ello se controló el sangrado activo. Hubo buena evolución, cediendo la peritonitis y la sepsis».

No obstante, el 13 de marzo de 2014 se produjo una nueva complicación, por infección, constandingo:

«el día 13 de marzo de 2014 los servicios asistenciales quirúrgicos observaron, en el drenaje intra-abdominal, la presencia de débito de aspecto intestinal, y al apretar el drenaje de la parte superior de la herida quirúrgica, se obtuvo débito hemato-purulento. Se pautó TAC que informó de: Colección inmediatamente anterior a la anastomosis Íleo cólica que estaba en continuidad con el tejido celular subcutáneo (Fístula). Ambas colecciones contenían líquido y aire. Por demás la TAC informó de la existencia de otras dos colecciones, en sendas fosas Iliacas.

Pese a todo, la Fístula Enterocutánea mejoró tras drenaje y tutorización con sonda de Foley, hasta convertirse en un leve exudado».

En este sentido, también se hizo constar por el SIP que «incluso con la cirugía reparadora, cabe la posibilidad de infección, que es un problema común y nada extraordinario. Ésta puede ubicarse dentro del abdomen (absceso abdominal o peritonitis) o en el resto del organismo (sepsis)».

A lo que se añade que «la paciente está Esplenectomizada (sin Bazo) con lo cual, el riesgo de infección es mayor».

Finalmente, el 20 de noviembre de 2014 se produce una eventración a pesar de haberse instaurado una malla de polipropileno a fin de evitarla, lo que se explica, según el informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del CHUIMI de 14 de junio de 2016 «por causa del esfuerzo realizado durante un periodo prolongado de tos pertinaz, en un episodio gripal».

Por ello debió de ser intervenida, de nuevo, el día 12 de mayo de 2015, previa firma de su respectivo documento jurídico de Consentimiento Informado, donde a su vez se informó del riesgo de dolor prolongado en la zona de la operación y ello enlaza con el denominado Dolor Neuropático que sufre la paciente. Al respecto señala el informe del SIP:

«18.-Indicar que el Dolor Neuropático proviene de un daño patológico o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial. Puede cursar con sensaciones anormales llamadas disestesias y con dolores producidos por estímulos que, sin embargo, no son dolorosos (alodinas). El dolor neuropático puede ser continuo y/o episódico.

En septiembre de 2015, la paciente fue tratada en la Unidad del Dolor del CHUIMI, por presentar dolor continuo subcostal izquierdo, en relación con la malla instaurada en pared abdominal y costal. El diagnóstico fue: Dolor Neuropático Post-quirúrgico.

A día de hoy, y por el Informe de la Unidad del dolor emitido el 21-7-2016, colegimos que la paciente continúa con tratamiento, consistente en: Diliban 1-0-1 y Triptizol 0-0-1/2.

19.- Como hallazgo casual, hallándose la paciente asintomática desde el punto de vista respiratorio, en TAC realizado el 07-04-2014, se objetivó un posible Tromboembolismo Pulmonar (TEP), que se confirmó mediante TAC de arterias pulmonares. La paciente fue valorada y tratada por el Servicio de Neumología. El Servicio de Hematología controló el tratamiento anticoagulante administrado, consistente en: Clexane inyectado y Sintrom oral, sin que conste secuela alguna.

Al respecto clarificamos que la paciente ya habría padecido episodios de Trombosis (Tromboflebitis) según consta en el Historial de Salud de Atención Primaria, en las fechas: 11 de agosto de 2006 y 14 de mayo de 2008 y en la analítica del Servicio de Hematología del CHUIMI, de fecha: 24 de agosto de 2006».

De todo lo expuesto concluye el informe del SIP la adecuación a la *lex artis* de toda la asistencia prestada a la reclamante, atribuyendo a su propia naturaleza las complicaciones surgidas y adecuadamente abordadas. Así, señala:

«Llegados a este punto, consideramos en hipótesis razonada que nos hallamos ante una naturaleza histo-bio-fisiológica de los intestinos y cavidad abdominal de la paciente, (...) tendente a establecer:

- Cicatrización anómala: lo que provocó —en la electrocoagulación del lecho del pólipo extirpado, habida en la Colonoscopia- una escara con tendencia a la laceración, surgiendo posteriormente una perforación.

- Reacción inflamatoria extremada del conjunto de la membrana peritoneal: con tendencia a colecciones líquidas/edematosas-aire, seguidas de infección, tanto local

(peritonitis), como, posteriormente, general (sepsis). alguna de estas colecciones, como la cercana a la anastomosis íleo cólica, llegó a conectar con otra colección del tejido celular subcutáneo, originando la denominada Fístula Enterocutánea, que fue resolviéndose con tratamiento médico (sonda de Foley) y curas, sin cirugía.

- Cicatrización anómala de la pared abdominal (tejido epitelial), lugar en el que se realizó la incisión para el abordaje de las Laparotomías, en el que se creó la herida quirúrgica (línea media) y surgieron las colecciones de hematomas, desgarros y eventración. Todo ello haría patente, un anómalo cierre de la herida quirúrgica, pese al intento diligente, por parte de los Servicios Asistenciales Quirúrgicos, en evitar las dehiscencias de las grapas, suturas y mallas instauradas.

- Consideramos que del surgimiento de: perforación, colecciones líquidas, hematomas, deficiente cierre de la herida quirúrgica (pese a las suturas/grapas y malla protectora), inflamaciones e infecciones (pese al tratamiento antiinflamatorio y antibiótico suministrado), no cabría responsabilizar a los Servicios Asistenciales Quirúrgicos, si no, tal y como hemos señalado en hipótesis argumental, todo ello se debería a la propia naturaleza de la enferma - en particular, la especial sensibilidad/irritabilidad de sus intestinos- que entendemos reaccionarían con inflamación y cicatrización (y sus complicaciones), de un modo más intenso y aumentado, de lo que cabría considerar normal y habitual, en cualquier cirugía abdominal.

- A propósito de las infecciones, la paciente carecía de Bazo (Esplenectomizada, hacía 30 años por Bazo ectópico), con lo que el riesgo de infecciones sería mayor, comparado con una persona con Bazo. De ahí la tendencia detectada -en el Historial de Salud de Atención Primaria, de la paciente-, a padecer: Gripe, bronquitis agudas, infecciones intestinales inespecíficas y gastroenteritis víricas».

Por todo ello, y constanding los preceptivos documentos de Consentimiento Informado en cada una de las intervenciones realizadas a la paciente, debemos concluir que se ha producido un actuar correcto. Al respecto debemos recordar de nuevo que se ha señalado insistentemente por este Consejo, en coherencia con la jurisprudencia, que uno de los elementos de la *lex artis* es el documento de consentimiento informado personalizado, documento en cuya virtud el paciente consiente la intervención médica con los riesgos inherentes a ella, siempre que se haya realizado la actuación médica misma de conformidad con las reglas de la *lex artis ad hoc*.

En relación con el consentimiento informado, el Tribunal Supremo pone de manifiesto en su reiterada jurisprudencia (Sentencia del 18 de enero de 2005, recurso 166/2004, Sentencia de 20 de abril de 2005, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª, RJ 2005\4312, entre otras), por un lado la importancia de

formularios específicos, y, por otro lado, declara que dicho consentimiento está estrechamente ligado al derecho de autodeterminación del paciente.

Esta doctrina jurisprudencial tiene su base legal en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) en los artículos 10.5) y 6); en ellos se regula el derecho de todo paciente a «(...) que se le dé en términos comprensibles a él, a sus familiares y allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento», además del derecho a «(...) la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso (...)», además de la regulación del mismo en el capítulo II de 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.

Esta regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado conforme a "*la lex artis ad hoc*", será asumida por el propio paciente.

El Tribunal Supremo considera también en su jurisprudencia (Sentencia del 18 de enero de 2005, recurso 166/2004, Sentencia de 4 de abril de 2000, recurso de casación 8065/1995) que el consentimiento informado forma parte de la "*lex artis*", siendo un presupuesto y parte integrante de ella, por lo que su omisión o su prestación inadecuada, implica una mala *praxis*, ya que, al no informar al paciente de manera específica sobre la intervención médica y sus riesgos, por parte del médico, se está incumpliendo una de sus obligaciones de medios, generando su incumplimiento, responsabilidad de sufrir daños.

Esta doctrina es compartida por este Consejo Consultivo, que se ha manifestado en tal forma en reiterados dictámenes.

En este supuesto ha quedado demostrado que el consentimiento informado se prestó, tal y como hemos mencionado anteriormente. Asimismo, se ha probado que en las intervenciones se ha procedido conforme a la *lex artis ad hoc*, siguiendo los protocolos establecidos a tal efecto.

En el presente caso, los riesgos de que se produjeran las complicaciones que la reclamante ha experimentado no eran riesgos generados por el funcionamiento del servicio de salud, sino de las propias condiciones de la paciente, lo que se le informó

convenientemente en cada momento, asumiéndolo la mismo con su firma, por lo que existe un título jurídico, una causa de justificación que obliga a la perjudicada a soportar los daños, por lo que los perjuicio por los que reclama no son antijurídicos y, por ende, tampoco indemnizables.

Dado lo expuesto, procede concluir que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho al desestimar la reclamación de la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, pues debe desestimarse la pretensión de la interesada.