



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 407/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 14 de noviembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el 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. 371/2019 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente dictamen, firmado el 4-10-2019, (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 9-10-2019) por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud.

2. Se cuantifica la indemnización en 150.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

3. Resultan aplicables la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y el art. 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), normativa que procede emplear, porque la reclamación fue presentada el 12 de septiembre de 2017, después de la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de Procedimiento Administrativo Común (Disposición Transitoria Tercera y Disposición Final Séptima).

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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.

4. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), la cual reclama en su propio nombre, al haber sufrido daños personales tras una sigmoidectomía (art. 4 LPACAP).

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

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.

A la Secretaría 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 de este Servicio.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se presentó ésta el 12 de septiembre de 2017, habiéndose determinado las secuelas de la intervención quirúrgica realizada el 23 de septiembre de 2015: enfermedad renal crónica estadio G2-3ª e hipertensión arterial grado 1 secundaria el 15 de septiembre de 2016 y la causa de las lesiones, esto es, el posible termosellado del uréter, el 8 de junio de 2017(art. 67 LPACAP).

## II

La reclamante en su escrito inicial señala que como consecuencia de la intervención (sigmoidectomía) que le fue practicada el 23 de septiembre de 2015 en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, padece «-Enfermedad renal crónica estadio G2-3A en paciente monorrena funcional izquierda. - Hipertensión arterial grado 1 secundaria», señalando que le fue diagnosticada con fecha 15 de septiembre de 2016.

Añade, entre otras consideraciones, que con fecha 8 de junio de 2017 el Dr. (...), urólogo del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, emite un informe médico con el conjunto de los resultados de las pruebas realizadas hasta la fecha y la siguiente impresión diagnóstica:

«Atendiendo a la patocronia, evolución clínica, analítica y a los hallazgos de las pruebas complementarias, impresiona de lesión ureteral iatrógena (posible termosellado). Se discute el caso en la sesión clínica del Servicio de Urología recomendándose manejo conservador (realizar nefrectomía simple si presenta clínica de dolor/infecciones)».

Solicita por ello una indemnización de 150.000 euros.

### III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones relevantes:

- Una vez presentada la reclamación inicial, mediante escrito de 14 de septiembre de 2017 le fue solicitada a la reclamante mejora de la reclamación lo cual efectúa con fecha 27 de septiembre.

- A la vista de los hechos referidos por la reclamante, y una vez mejorado el escrito de reclamación inicial, ésta fue admitida a trámite mediante Resolución de 05.10.2017, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por supuesta responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, resolviéndose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y acordándose, por el Órgano Instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución que ponga fin al expediente, y, entre ellos, la petición de informe a los servicios correspondientes, en especial, el Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

- En su virtud, se solicitó informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP), para que, a la vista de la historia clínica y del que provenga del Servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, se valore la existencia o no de relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada a la reclamante y los daños y perjuicios por los que reclama.

- El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones fue emitido con fecha 16 de julio de 2018 al que además se acompaña la historia clínica, así como los informes

preceptivos de los Servicios de Cirugía General y Digestiva y Nefrología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI).

- El 16 de agosto de 2018 fue dictado Acuerdo Probatorio siendo practicadas las pruebas pertinentes.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 3 de diciembre de 2018 se acordó el preceptivo Trámite de Audiencia, notificado mediante correo certificado el 10 de diciembre del mismo mes y año, y a cuya notificación se le adjuntó relación de documentos obrantes en el expediente administrativo.

- La reclamante en trámite de alegaciones solicitó la práctica de la testifical del Dr. (...), que ya había solicitado con anterioridad, a lo cual se accedió. Dicha testifical se practicó el 15 de enero de 2019.

- Con fecha 15 de enero de 2019 se confirió nuevo trámite de audiencia, presentando la reclamante escrito de alegaciones al respecto.

- La Propuesta de Resolución desestimatoria de las pretensiones de la reclamante, de fecha 5 de agosto de 2019, fue informada favorablemente por el Servicio Jurídico con fecha 24 de septiembre de 2019.

- Finalmente, la Propuesta de Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud que se somete a Dictamen de este Consejo, se suscribe el 24 de septiembre de 2019.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver, conforme al art. 91.3 de la LPACAP. 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 (art. 21 LPACAP).

## IV

1. El informe del SIP, efectúa el siguiente relato de los antecedentes de hecho:

«1.- El 7 de agosto de 2011, (...), de 57 años de edad ingresa en el Servicio de Cirugía Digestiva del CHUIMI procedente del Servicio de Urgencias, con clínica de dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarreas, moco en heces (...) y diagnóstico de diverticulitis (formación de vejigas o bolsas en la pared del intestino llamadas divertículos, cuya aparición es más común en el colon y especialmente en el sigmoides, estas zonas se pueden inflamar e infectar).

Se realiza tránsito intestinal, Rx abdomen, ECO de abdomen y TAC del mismo, diagnosticándose diverticulosis colónica y diverticulitis aguda incipiente.

Tras tratamiento conveniente al caso, alta con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada el 14 de agosto de 2011.

El 18 de noviembre de 2011 se repite el TAC abdominal. Mejoría radiológica pero con la presencia de múltiples divertículos en sigma. En diciembre de 2011 tras enema opaco se observan múltiples divertículos en sigma y en colon.

Posteriormente sufre algunos episodios de diverticulitis aguda que fueron tratados.

El 18 de febrero de 2014, tras Ecografía abdominal se observa: engrosamiento circunferencial homogéneo de colon sigmoides en un tramo localizado en sigma distal unión rectal, retrovesical, con imagen diverticular adyacente al cuerpo uterino y ovario izquierdo (...) todo ello en relación con cambios inflamatorios secundarios a diverticulitis aguda, se realiza posteriormente TAC abdominal que reitera el diagnóstico de diverticulosis y diverticulitis de sigma.

En abril de 2014 en consulta sucesiva del Servicio de Digestivo se realiza informe en el que se concluye: enfermedad diverticular de colon complicada con episodios repetidos de diverticulitis aguda. Último episodio valorado en este hospital el 18 de febrero de 2014.

El 3 de noviembre de 2014 la paciente ya conocida por varios episodios de diverticulitis aguda y molestias crónicas relacionadas es remitida por el Dr.(...) para valorar en el Servicio de Cirugía Digestiva.

El 3 de febrero de 2015 primera visita a cirugía, el 30 de junio de 2015 comienzan las pruebas preoperatorias.

2.- El 23 de septiembre de 2015 paciente ingresa en el Servicio de Cirugía Digestiva del CHUIMI, valorada para cirugía por diverticulitis, acude de forma programada para ser intervenida del colon. En este momento ingresa asintomática para tratamiento quirúrgico.

Se realiza preoperatorio completo, y se entrega consentimiento informado el 24 de septiembre de 2015, que firma la paciente.

Como antecedentes figura HTA de tipo emocional, asma bronquial, mastopatía fibroquística, anemia, fumadora, alergia al yodo.

El día 25 de septiembre se interviene de sigmoidectomía laparoscópica, llega a quirófano a las 8 y media de la mañana.

Tras observación "se realiza una minilaparotomía infraumbilical.

Diagnóstico: Diverticulosis

Procedimiento: Sigmoidectomía

Incisión Trocar 10mm umbilical, trocar 5mm flanco derecho, trocar 5 mm FID, minilaparotomía media infraumbilical

Hallazgo de fístula íleon sigmoidea de 1 cm.

Refección de fístula ileosigmoidea de 1 cm y cierre.

Resección de sigma a nivel proximal y distal. Mini laparotomía media infraumbilical y extracción de pieza de sigma. Anastomosis colorectal. Comprobación de anastomosis correcta. Hemostasia de puntos de sangrado.

Extracción de trocares bajo visión directa, sin objetivarse sangrado. Cierre. Sin incidencias.

Tras cirugía pasa a despertar, al despertar se encuentra consciente, orientada y colaboradora.

Sobre la 13:15 horas valorada por la Dra. (...), hora que se decide alta a planta.

A las 13:24 horas se escribe en historia clínica: "Siente un poco de dolor".

El 25 de septiembre a las 13:52 horas enfermería escribe en historia clínica que la paciente llega procedente del quirófano, tranquila, consciente orientada y colaboradora, posteriormente y en el turno de tarde escribe: está estable, refiere dolor en flanco izquierdo, que tanto enfermería en historia clínica, como la reclamante refiere como de corta duración, valorada por cirujano de guardia.

A lo largo del día 25 se observa diuresis normal.

En la tarde del día 25 se encuentra fatigada, náusea (...) con glucemia elevada, se habla con cirujano de guardia.

El cirujano manda retirar Baxter (sistema de analgesia postoperatoria) de analgesia, ya que los opioides producen náuseas, vómitos, sudoración etc (...) se ajusta el tratamiento, se extrae analítica urgente. Administran Ondasentron vía IV fármaco que se emplea en casos de vómitos y náuseas posoperatorios. Estos procedimientos están ya indicados para estos casos.

Buena diuresis en el turno de tarde.

3.- El 26 de septiembre avisan por dolor precordial, primer día tras sigmoidectomía.

A las 07:20 horas EKG normal.

El médico anota que la paciente a las 07:42 horas, refiere "cuadro vasovagal a la movilización cervical, con dolor irradiado hacia el pecho, así como cortejo vegetativo con náuseas, temblores y sudoración que la paciente asocia a movimientos cervicales.

"Solicito EKG y marcadores cardíacos", anota.

Posteriormente se valora de nuevo y a la exploración abdominal se observa abdomen doloroso a la palpación perihierida, no defensa ni signos de irritación peritoneal.

La exploración cardíaca y EKG resultan normales, plan: nuevo control de enzimas cardíacas, horas más tarde del mismo día 26 los marcadores analizados siguen normales.

El día 26 a las 12:03 horas el cirujano valora a la paciente y retira sonda vesical, explora y refiere. "abdomen blando y depresible", anota dolor controlado, y que hay que movilizarla.

Valorada por Cardiólogo a las 17.40 horas, se anota en historial por el mismo, aparte de sus antecedentes, una protusión disco cervical: "esta mañana, refiere dolor centrotorácico, quemante de varios minutos de duración, autolimitado, con sudoración caliente sensación nauseosa y temblores.

En EKG, no se aprecian signos de isquemia aguda ni otras alteraciones, los marcadores de patología cardíaca son normales, y dice expresamente: "cuando veo a la paciente está en la cama, refiere no se ha levantado ni al sillón por cuadro vertiginoso, asintomática, plan observación y avisar si nuevo episodio de dolor, con EKG y marcadores.

4.- En historia clínica del día 27 de septiembre figura: ayer fue valorado por dolor torácico sin signos de isquemia, también refiere vómitos que desaparecen tras eliminar opioides, exploración abdominal blando, depresible, ligeramente distendido sin dolor.

El 28 de septiembre anotan médico en historia clínica: no ha vuelto a tener dolor torácico ni vómitos ni náusea, la exploración abdominal igual que el día 27.

Enfermería escribe en historia clínica el día 29 de septiembre se avisa por distress respiratorio con sensación de ahogo y opresión en el pecho, hipertensa. Avisado cirujano que acude a valorarla.

5.- El 29 de septiembre valoración de la paciente a la 01:08, madrugada del 28 al 29 de septiembre, por médico de guardia en planta, refiere que la paciente refiere sensación de distress respiratorio y opresión torácica sin cortejo vegetativo.

Análítica previa, en el día 28 presenta anemia con HB de 9, potasio de 2.4, sodio de 146, pendiente de Rx de tórax, solicitud de nueva analítica.

Se solicita nueva analítica presenta Na de 137 y K de 3.5, y una HB de más de 11 normales los datos.

Tras gasometría se destaca una insuficiencia respiratoria hipoxémica. Los marcadores cardíacos son normales y la Rx de tórax normal. Se recomienda nueva analítica a las 07:00 horas, la observación respiratoria y abdominal es normal según se refiere en historia clínica.

Existe una discordancia entre la primera analítica y la segunda, por ello se realizan nuevos controles analíticos.

Desde el punto de vista abdominal-quirúrgico buena evolución. La exploración abdominal: abdomen blando/depresible, no distendido, con leve dolor a la palpación profunda. Sin peritonismo. Drenaje retirado ayer con débito escaso serohemático.

En la Rx de tórax se observan neumoperitoneo bilateral residual tras cirugía abdominal, se considera normal en estas intervenciones.

A las 13:54 horas del día 29 la analítica muestra iones normales, según consta en historia clínica. Se revisa analítica de sangre de hoy: Hb de 11, 12.000 Leucocitos. Lactato y PCT normales. FR e iones sin alteraciones.

El resto del día 29 de septiembre la paciente está estable.

Igualmente los iones y función renal normalidad en analíticas del día 30 de septiembre de 2015.

El alta con traslado al domicilio tiene lugar el 30 de septiembre de 2015, con buen estado general, afebril eupneica y sin complicaciones a nivel de las heridas quirúrgicas, seguimiento en consulta de Cirugía General y Digestiva.

6.- A partir del alta, el 4 de noviembre de 2015 se valora analítica general en historia clínica de atención primaria, donde hay una elevación discreta de la creatinina (el propio médico de cabecera expone que mínima) y del sodio en sangre analizada, pero la analítica de orina se demuestra sin problemas con un filtrado glomerular, un índice albúmina -creatinina en niveles normales, y la creatinina en orina normal.

En analítica de sangre en enero de 2016, la creatinina mejora sus niveles, el resto de iones y analítica general es normal.

El 1 de febrero de 2016 el médico de cabecera anota que reaparece clínica de diverticulitis cita digestivo el 16 de febrero de 2016.

El 12 de febrero de 2016, el médico de cabecera anota en historia clínica de atención primaria: cifras de TA por encima de la normalidad en la práctica totalidad de las determinaciones. Cifras de creatinina en rango, ligeramente superior a la normalidad en último control, normalidad de orina y hemograma. Realizan estudio de HTA por Cardiólogo, anotada en historia clínica y este especialista concluye que se trata de hipertensión esencial.

Hasta aquí nada vislumbraba lo que se descubriría.

7.- Realización de Ecografía abdominal en julio de 2016, para estudio de la HTA, en esta prueba se diagnostica hidronefrosis izquierda grado iv, que según refiere la paciente se realiza privadamente.

Es remitida al Servicio de Urología, en este servicio se anota: "se intenta Pielografía retrógrada, con intento de paso de catéter doble J, objetivándose imposibilidad para la progresión del catéter e incluso del contraste, apareciendo el catéter sellado aproximadamente a unos 5 cm de la unión ureterovesical".

Ante dichos hallazgos se realiza estudio funcional y morfológico completo, la RMN demuestra que no hay alteraciones morfológicas de cualquier forma en la zona y se llega a la conclusión de "posibilidad de que la uropatía obstructiva sea secundaria a fenómenos cicatriciales (dado los antecedentes de diverticulitis complicada) o al procedimiento quirúrgico pélvico".



Se realiza Renograma el 6 de septiembre de 2016, esta prueba confirma que el riñón derecho está en buen estado, el riñón izquierdo se observa de menor tamaño, se demuestra riñón cercano a la anulación funcional.

El Servicio Urología anota en informe clínico que tras la patocronia, evolución clínica, resumen de todas estas pruebas (...) impresiona de lesión ureteral iatrógena (probablemente termosellado), se explica a la paciente los hallazgos y posible evolución, se recomienda tratamiento conservador por el Servicio de Urología, y si presenta clínica de dolor o/y infecciones entonces nefrectomía.

La evolución clínica es que la paciente persiste con HTA de difícil control.

8.- El 15 de septiembre de 2016 acude a primera consulta del Servicio de Nefrología, tras analizar estado de la paciente, pruebas diagnósticas, etc. el servicio de Nefrología refiere juicio diagnóstico de: enfermedad renal crónica estadio G2-3A en paciente monorrena funcional izquierda, HTA arterial grado 1 secundaria, tratamiento dieta, medicación, controles ta y glucemias, evitar AINE y nefrotóxicos, control con enfermería en un mes, analítica, sigue en control con el servicio de Nefrología.

A su vez el Servicio de Urología realiza Ecografía de control el 16 de mayo de 2017, y se manifiesta la ureterohidronefrosis grado IV, se objetiva el uréter dilatado hasta su tercio distal».

2. El SIP en su informe, llega a las conclusiones siguientes:

«1.- La paciente es intervenida quirúrgicamente el 25 de septiembre de 2016 (sic, debe decir 2015) por el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Insular, a las 10:55, de diverticulitis sigmoidea tras un proceso evolutivo largo y complicado.

La cirugía de sigmoidectomía, demuestra intraoperatoriamente no solo la diverticulitis sino la presencia de fístula entre la porción de intestino delgado denominado íleon y el colon sigmoides, que está antes del recto. Se denomina fístula íleo-sigmoidea.

Resecan el colon sigmoides y cierran igualmente la fístula, según nos muestra el informe de la cirugía efectuada.

Este proceso se realiza tanto por la vía laparoscópica, que es la forma en que se inicia la intervención, y durante la misma se realiza una "minilaparotomía" o cirugía abierta. Tanto para un tipo de intervención como para el otro se realizan consentimientos informados firmados por la paciente.

Según historia clínica en la intervención quirúrgica no hubo más episodios o complicaciones.

2.- La paciente refleja en la reclamación patrimonial efectuada, que sintió el día 25 de septiembre, tras el paso de unas horas de la cirugía, durante la tarde, ya en planta, "un dolor en flanco izquierdo alto, muy intenso y de corta duración".

De dichas palabras de la paciente se deduce que el dolor es de corta duración, situado en flanco izquierdo, como también es confirmado por la enfermera de guardia dicha cortedad, y también refiere la enfermera que fue valorada por cirujano de guardia, tengamos en cuenta está recién operada. Si el dolor desaparece se considera normal, es una agudización puntual dentro del mismo dolor postoperatorio.

Y como importante no parece que este episodio tuviera repercusión sobre su salud puesto que la paciente siempre presentó un abdomen sin complicaciones a la exploración, y no hubo clínica urológica alguna con posterioridad hasta el alta.

Los flancos se considera regiones anatómicas situadas en zona lateral del cuerpo, a ambos lados, entre las costillas y encima de las caderas, un dolor localizado en flanco izquierdo puede en su caso tener relación con el riñón izquierdo o con intestino.

Si hubiera sido de causa renal, el dolor no es de corta duración, sino que permanecería hasta solución del problema.

Por tanto, lo lógico, creemos, es pensar que fuera secundario a la operación reciente intestinal, que produce dolor, una exacerbación del dolor puntual también es normal, pero no siguió en el tiempo, como decimos es de corta duración por lo que la gravedad hubiera estado determinada por la constancia de la clínica de dolor o la aparición de otra clínica añadida, y ello en este momento no ocurre, queremos decir como una urgencia. No hubo repercusión.

Los demás episodios que sufre la paciente se estudian cuando aparecen, el abdomen permaneció normal en las distintas exploraciones, como decíamos, sin defensa, sin signos físicos exploratorios de gravedad y no se quejó más de dolor abrupto.

No obstante, se sigue observando evolución, como se debe de hacer en un postoperado, comprobando constantes y diuresis. La diuresis es normal.

Se destaca en historia clínica que la paciente: "en estos momentos está estable", texto en historial de la tarde del día 25 de septiembre. Se realiza analítica general urgente por prescripción del cirujano de guardia, y se comprueba iones potasio y sodio, creatinina que mide la función renal, y el resto dentro de unos parámetros considerados normales a su momento evolutivo.

No hay datos analíticos ni clínicos de crisis renal.

En la tarde-noche del día 25 de septiembre es tiempo en el que sufre náuseas, vómitos (...) se realiza analítica urgente por orden de cirujano y se retiran opiáceos y tratamiento para los vómitos, mejoría tras ello, secundarismo a los opiáceos.

3.- Del día 25 al 26 de septiembre de 2015, a las 02:43 horas, la paciente fue valorada por cirujano de guardia, al que avisan a razón de presentar la paciente náuseas y sudoración profusa, mejoría tras retirada de opiáceos y tratamiento médico por cirujano, tensiones normales con hiperglucemia.

En la mañana del día 26, a las 07:42 horas, el médico de guardia escribe que avisan por dolor precordial. El médico solicita EKG a las 07:20 horas y es normal el resultado.

El médico anota al observar a la paciente anota: "la paciente refiere cuadro vasovagal a la movilización cervical con dolor irradiado hacia el pecho, cortejo vegetativo con náuseas, temblores y sudoración, que la paciente asocia a movimientos cervicales.

Solicito EKG y marcadores cardíacos.

Posteriormente, en la mañana, se vuelve a valorar a la paciente y en la exploración abdominal se observa: "abdomen doloroso a la palpación perihierida, no defensa, ni signos de irritación peritoneal, dolor controlado", por tanto dentro de lo normal al caso clínico.

Esto lo refiere la historia clínica en la fecha, y ello es lo que nos lleva a concluir que se define una clínica con ayuda de la paciente, y que de ello se determina que se soliciten determinadas pruebas diagnósticas a tenor de lo expresado por la paciente y de lo explorado.

Sobre las 17:40 horas es valorada por Cardiólogo que observa EKG y marcadores cardíacos normales.

Anota, a su vez, el Cardiólogo las referencias dadas sobre el dolor torácico, y que presenta una protusión del disco cervical, anota que la paciente le refiere cuadro vertiginoso, por el cual no se ha levantado del sillón.

La paciente y reclamante refiere que sus quejas no son las reflejadas por los médicos, ante ello y aún aceptando cierta desviación o mala/incorrecta comprensión por los distintos especialistas a lo expresado por la misma, no es posible cuestionar lo que se presenta en la historia clínica.

Constancia en la historia clínica existe de las analíticas y controles de la función urinaria, la propia diuresis de la señora, resultaron normales, hasta el alta.

Alta que transcurre además con tránsito intestinal normal, por lo que la intención quirúrgica fue correcta, con la eliminación de la diverticulitis, de la fistula y lograr el tránsito intestinal de nuevo.

4.- En lo que respecta a la analítica efectuada el día 28 de septiembre de 2015, en la que destacó datos de hemoglobina de 9 mg/dl, como la hipopotasemia con valores inferiores a lo normal, así los de las cifras alteradas de sodio, sabemos que al repetir dichas pruebas en varias ocasiones, y hasta el día de alta, nunca volvieron a reflejarse.

Se puede intuir un error a distintos niveles o bien en la recogida de muestra, no lo sabemos, pero está claro que una Hb de 9 mg no remonta a más 11mg en cuestión de horas sin más. Y que el potasio tampoco remonta de esta forma sin tratamiento.

5.- Tras el alta y algunos meses, con estudio, estudio que surge por mal control de las cifras tensionales, puesto que la micción era normal y no había datos analíticos que llevaran a pensar en patología renal. Esta HTA mal controlada lleva como decíamos a la realización de pruebas diagnósticas, que en sucesión concluyen en el diagnóstico de nefropatía renal con lesión ureteral como posible causa, siendo esta lesión ureteral analizadas por los Servicio de Urología y Nefrología hospitalarios.

Como posibles causas refieren o bien el sellado del uréter intraoperatorio o bien por causas inflamatorias intestinales dentro del mismo proceso evolutivo, postoperatorio, de la paciente.

Estas son las posibilidades, ambas posibles, como causa de la afectación renal, con riñón izquierdo finalmente afuncional.

Con respecto a si la lesión pudiera ser de causa lesional intraoperatoria y en su caso si se pudo haber evitado la patología diagnosticando antes el problema del mismo, y coger el problema a tiempo, según refieren los especialistas, la pregunta es ¿cuánto de precoz hubiera sido necesario para salvar el riñón?, ¿y en base a que datos hubiera sido posible tal diagnóstico precoz?.

Lo más importante es que para llegar a la sospecha de afectación ureteral, en su caso, había que tener una clínica o unos datos analíticos que nos llevara a ello, la sospecha.

Y sabemos que durante el postoperatorio la exploración abdominal se presentó normal al momento evolutivo, la diuresis era normal, el alta de la paciente el 30 de septiembre se cursa con analíticas de función renal normales y en buen estado general, sin fiebre.

Por tanto no existió tal sospecha porque no había datos de ello.

La evolución del problema ureteral se demostró finalmente por el mal control tensional. Y decir que, sobre la HTA el Cardiólogo informa es de tipo esencial, lo que pudiera ser, porque el riñón derecho estaba perfectamente, y el riñón izquierdo estaba anulado.

Pero esa fue la causa que llevó a descubrir la nefropatía del riñón izquierdo, el estudio de la HTA mal controlada.

Y esta fue lo que descubre la afectación ureteral como culpable de dicha patología.

¿Pero fue el sellado quirúrgico la causa o la inflamación de la zona?. Tanto una como otra pueden ser causa de la cirugía e inherentes al tratamiento.

La inflamación local y la cicatrización de las lesiones, también tienen un componente individual.

Con exactitud no se sabe, tanto una como otra, de hecho había importante inflamación contemplada en TAC previo a la cirugía en el abdomen, perilesional.

Y lógicamente tras la cirugía también lo habría.

Si nos guiamos por la evolución en el tiempo podíamos concluir en la causa inflamatoria en el origen. Pero no lo podemos asegurar igualmente.

6.- El consentimiento informado firmado por la paciente, previamente a la intervención quirúrgica contemplada, asume entre los problemas de la misma la afectación de órganos vecinos, entre otros, lo cual incluye el posible sellado ureteral intraoperatorio. Los riesgos de una cirugía abdominal de calibre eran conocidos por la paciente, añadiéndose en este caso que la señora reclamante es médico de profesión.

Creemos se actuó en cada momento en orden a la buena praxis médica».

3. La reclamante en sus alegaciones expone que ha quedado acreditado un «error grave de diagnóstico» y que lo que la paciente realmente sufrió fue un « (...) accidente quirúrgico (...) » por el que sufrió el sellado del uréter. Asimismo, afirma: *«(...) En este sentido es absolutamente contundente la pericial y posterior ratificación en sede administrativa del urólogo autor del informe quien no tiene duda alguna de que la situación médica de la paciente sólo pudo obedecer a la mala praxis en la intervención, descartando cualquier otra posibilidad por el resultado de las pruebas clínicas realizadas, en las que fue expresiva su afirmación de que había un Stop, que no pasaba siquiera líquido de contraste».*

Finaliza señalando que hay en la historia clínica tres reseñas del personal de enfermería de que se avisó en tres ocasiones a la cirujana de guardia y que no acudió ningún médico.

## V

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, partiendo de la valoración conjunta de la prueba practicada en el expediente administrativo, tanto de los informes médicos, como del informe del SIP, y las testificales. De todo ello se deduce que se eligió la cirugía sigmoidectomía ante la diverticulitis con fístula que presentaba la paciente, procedimiento quirúrgico adecuado a su patología, proporcionando información completa a la misma, por la que pudo conocer que la intervención podría causar lesiones en órganos vecinos, como se deduce del consentimiento informado. Del seguimiento posterior a la intervención no se deducen síntomas que hicieran pensar en clínica urológica, renal,

ni cardíaca. El dolor en el flanco izquierdo es de corta duración y puntual, sin signos físicos graves. La paciente fue dada de alta el 30 de septiembre de 2015, con buen estado general, afebril, eupneica y sin complicaciones a nivel de las heridas quirúrgicas, sin ninguna objeción o reclamación por su parte, siendo médica de profesión.

Unos meses después del alta hospitalaria ante la hipertensión que presentaba la paciente se le realizaron una serie de estudios que concluyeron en el diagnóstico de nefropatía renal con lesión ureteral como posible causa. Aunque es posible que la lesión ureteral sea un daño iatrogénico derivado de la intervención quirúrgica practicada el 23 de septiembre de 2015, no por ello hemos de considerar que se trata de un daño antijurídico, ya que uno de los posibles riesgos que constan en el consentimiento informado por la resección segmentaria laparoscópica de colon es la lesión de los órganos vecinos.

Y en cuanto a si la anulación funcional del riñón izquierdo por el termosellado del uréter pudo ser detectado por los médicos tras la intervención quirúrgica, señalar que por los datos analíticos y clínicos que presentaba en aquel momento no había signos de sospecha que permitieran presagiar un problema renal, lo que hizo impensable en aquel momento la necesidad de practicar una ecografía abdominal.

También fundamenta la desestimación en la aplicación de la doctrina de la «prohibición de regreso».

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre y 69/2019, de 28 de febrero), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la

evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

3. Otro de los presupuestos necesarios para una adecuada práctica médica es el consentimiento informado exigido en los arts. 8 y siguientes 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.

Como de forma constante ha sostenido la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición del paciente los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también que aquél reciba cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

En este sentido, la Ley 41/2002 enuncia en su art. 2, entre sus principios básicos, la exigencia, con carácter general, del previo y preceptivo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada y que se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley (apartado 2). Asimismo, queda

recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (apartado 3 del mismo precepto), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (apartado 4). El art. 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarlo a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el art. 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que lo atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el art. 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, su art. 8.2 determina que el consentimiento será verbal por regla general, salvo en los supuestos que el propio precepto excepciona (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). En cuanto a las condiciones de la información a los efectos de recabar el consentimiento por escrito, el art. 10 exige que el facultativo proporcione al paciente la información básica relativa a las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales, los que resulten probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones.

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

La interpretación que el Tribunal Supremo ha venido realizando con base en lo previsto en la Ley General de Sanidad en cuanto a la exigencia de detalles en la información que ha de darse al paciente comporta dos consecuencias fundamentales:



- La regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración). La obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información.

- Esta regulación implica además que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando éstas hayan sido conformes a la *lex artis ad hoc*. El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que, de concretarse éste, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

En este caso, lo anterior implica que, aunque pese a que la cirugía se desarrolle correctamente y sin incidencia alguna, como aquí ocurrió, se pueden producir diversos daños sobre los que se informó previamente a la reclamante, concretamente sobre el riesgo de lesiones de órganos vecinos, dentro de los riesgos poco frecuentes y graves de la resección segmentaria laparoscópica de colon, como consta en el documento de consentimiento informado (págs. 85-86 del expediente) y al que se refiere el informe del SIP en sus conclusiones al decir:

«(...) 6.- El consentimiento informado firmado por la paciente, previamente a la intervención quirúrgica contemplada, asume entre los problemas de la misma la afectación de órganos vecinos, entre otros, lo cual incluye el posible sellado ureteral intraoperatorio. Los riesgos de una cirugía abdominal de calibre eran conocidos por la paciente, añadiéndose en este caso que la señora reclamante es médico de profesión. (...)».

Igualmente, en el citado informe y en la prueba testifical practicada al Dr. (...), Médico especialista en Cirugía General y Digestiva que realizó la intervención (págs. 258-259 del expediente), a la Dra. (...), Médico especialista en Cirugía General y Digestiva (págs. 260-262 del expediente), se confirma que en las cirugías colorrectales complicadas las lesiones urológicas son un problema, aunque no son frecuentes, e, incluso, en la declaración testifical del testigo propuesto por la reclamante, el Dr. (...), Médico especialista en Urología, éste afirma expresamente que «desde el punto de vista del urólogo, en este tipo de lesiones la cirugía colorrectal es una de las causas más frecuentes» (pág. 282 del expediente).

Consecuentemente, la reclamante, prestando su consentimiento a la realización de la intervención quirúrgica, con carácter previo a su ejecución y con pleno conocimiento de los posibles riesgos, específicamente sobre la posible lesión de órganos vecinos al colon, en este caso el uréter, como desgraciadamente aconteció, aceptaba los beneficios de la intervención, pero también sus riesgos y complicaciones.

Así, este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares, como por ejemplo en el reciente Dictamen 117/2019, de 4 de abril, aplicable también a este caso, que:

«Por lo tanto, lo acontecido supone la producción efectiva de uno de los riesgos que se incluían en dicha documentación, sin que se pruebe por la interesada que se deba a una mala praxis, como ya se manifestó, ni que los servicios sanitarios no intentaron evitarlos y paliar sus consecuencias con la totalidad de los medios de los que dispone el SCS.

En relación con ello, este Consejo Consultivo ha manifestado reiteradamente, siguiendo la Jurisprudencia del Tribunal Supremo en la materia que la 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 (por todos, DDCC 576/2018 y 49/2019)».

4. Además, dados los datos obrantes en la historia clínica del paciente y los informes médicos emitidos a largo de la tramitación del procedimiento que nos ocupa, que han sido recogidos en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones y asumidos por la Propuesta de Resolución, no está claro que el diagnóstico de nefropatía renal con lesión ureteral sea debido al sellado del uréter intraoperatorio, pues la obstrucción o sellado del uréter también cabe la posibilidad de que se deba a un proceso inflamatorio. Así, en las conclusiones del informe del SIP se refiere «*Como posibles causas refieren o bien el sellado del uréter intraoperatorio o bien por*

*causas inflamatorias intestinales dentro del mismo proceso evolutivo, postoperatorio, de la paciente. Estas son las posibilidades, ambas posibles, como causa de la afectación renal, con riñón izquierdo finalmente afuncional».*

También, en la declaración testifical del Dr. (...), Médico especialista en Urología, ante la pregunta de si entiende que la patología que padece la afectada tiene su origen en una intervención quirúrgica y en la falta de atención posterior, el testigo responde que «basándome en los datos clínicos y en la evolución que ha tenido, sí. La otra circunstancia que pudiera causar esa situación es un proceso inflamatorio» (pág. 283 del expediente). Por tanto, este especialista también confirma que la patología de la paciente puede deberse tanto a la intervención quirúrgica como a un proceso inflamatorio posterior.

Incluso en los antecedentes de hecho del informe del SIP, se señala que, con carácter previo a la cirugía, desde el año 2014 se observan «*cambios inflamatorios secundarios a diverticulitis aguda*».

Y es que, ciertamente, no deben enjuiciarse las actuaciones médicas *ex post facto*, sino *ex ante*, dados los síntomas y la clínica que presentaba la paciente en cada momento. Y es a partir de estos datos que se formularon los distintos diagnósticos, tratamientos y pruebas efectuadas a la paciente en cada fase tras la intervención, y conforme a las distintas patologías que presentaba y a la evolución de cada una en cada momento. En otras palabras, «la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “*ex post*”, sino por un juicio “*ex ante*”, es decir, lo que se debe valorar es si, con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento, puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente» (sentencia n.º 925 de 19 de noviembre de 2008, del TSJ de Cataluña, n.º de recurso 94/2005).

En este caso, por tanto, tal y como señala la Propuesta de Resolución, se ha de aplicar la doctrina del Tribunal Supremo sobre la «prohibición de regreso», que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o tratamiento diagnóstico o inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por la paciente, o que la valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar. La doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso lógico desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico o de la

conducta desencadenante del daño, es declarada en las sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 14 (RJ 2006, 884) y 15 de febrero de 2006 (RJ 2006, 2940), 7 de mayo de 2007 (RJ 2007, 3553) y de 10 de junio de 2008 (RJ 2008, 4246), entre otras.

5. En definitiva, estamos ante un caso propio de la medicina curativa, en la que se exige una actuación médica correcta conforme a la *lex artis*, tal y como confirman los informes médicos del SCS que obran en el expediente, así como por la prueba testifical practicada, mediante el empleo de los medios adecuados al alcance del profesional de la medicina y con adecuada información a la paciente, sin que se pueda exigir a los médicos un resultado perfecto, al no ser la medicina una ciencia exacta.

No resulta acreditado que la actuación médica se apartara de la *lex artis ad hoc*, al ser la medicina, una obligación de medios y no de resultado. No parece exigible con los datos analíticos y clínicos inmediatamente posteriores a la intervención quirúrgica practicada el 23 de septiembre de 2015 deducir ningún problema renal, urológico o cardiaco. Es a través de una hipertensión arterial anormal manifestada meses más tarde de la intervención cuando se realizan una serie de estudios que concluyeron en el diagnóstico de nefropatía renal con lesión ureteral como posible causa.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...), resulta ajustada a Derecho.