



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de noviembre de 2021.

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. 479/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el 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 15 de noviembre de 2018 mediante solicitud de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en el Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada cuantifica una indemnización superior a los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del 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, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 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

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

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 no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, 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. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

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. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La sucesión de hechos, según la reclamante, es la siguiente:

- Durante el año 2013 y 2014, tras acudir a varias consultas con su médico de cabecera, se le deriva al Hospital Universitario de Canarias (HUC). Se le detectan varios quistes en los riñones. Es diagnosticada de poliquistosis renal. Tras ecografía de 22 de mayo de 2014, se objetiva aumento del tamaño del hígado, así como morfología alterada parénquima. Se localizan algunos quistes entre el diafragma izquierdo y el bazo, siendo el de mayor tamaño, de 7 cms.

- Finalmente, el 21 de noviembre de 2014, desde el Servicio de Cirugía Digestiva se le incluye en lista de espera para intervención consistente en la infiltración de tales quistes.

- Habiendo transcurrido tres años sin ser llamada, se decide iniciar los trámites oportunos para trasplante de hígado. Durante todo este tiempo su estado físico y psicológico se va mermando.

- El 17 de agosto de 2017, es llamada para la realización de pruebas de preanestesia para la intervención de filtración de los quistes. La anestesista se niega a intervenirle por desconocimiento actualizado de su situación médica (en el momento en que se indica intervención sus quistes eran de 7 cms y ahora tenían 18 cms). La anestesista decide solicitar a Servicio de Digestivo la actualización de su estado, solicitando nueva cita, en caso de optar por cirugía.

- Finalmente es rechazada como candidata para trasplante, ya que el Tribunal Médico de Trasplantes considera que existen otras operaciones con las que obtener buenos resultados.

- En consulta de 6 de julio de 2018, con cirujano, se decide su nueva inclusión en lista de espera de cirugía, debiendo practicar en esta ocasión una intervención más grave y arriesgada, ya que ahora hay que seccionar el hígado, eliminando el mayor número de quistes posibles, que ya llegan a medir 18 cms.

2. Por su parte, el SIP, a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- Como antecedentes, padre fallecido por trasplante renal realizado por poliquistosis, así como madre también con enfermedad renal. Cinco de sus siete hermanos afectados de poliquistosis renal y una de ellas en diálisis. Uno de estos hermanos también con afectación hepática como la reclamante. Dos sobrinos con afectación renal. Tres tíos por la rama materna afectados de enfermedad renal. Unos de sus hijos también afecto.

Diagnosticada de poliquistosis hepatorrenal. Se detecta la variante c.1098G>T; p.(Trp366Cys) en heterocigosis en el gen PKD2. Se detecta la variante c.5125C>T; p.(Leu1709Phe) en heterocigosis en el gen PKHD1.

En ecografía de 15 de julio de 2004: Hígado con múltiples quistes de aspecto no complicado de pequeño y mediano tamaño, el mayor en LHD (lóbulo hepático derecho) de 4,5 x 6 cm. Riñón derecho de 13 cm, izquierdo de 14 cm, ambos con formaciones quísticas de pequeño y mediano tamaño, sin signos de uropatía obstructiva.

En ecografía de abdomen de fecha 20 de octubre de 2008: Hígado con múltiples quistes, en ambos lóbulos, el mayor de 7,7 cm. Riñón derecho de 12,3 cm con varios quistes el mayor de 2,7 cm e izquierdo de 16 cm también con múltiples quistes el mayor de 5 cm.

En TAC de abdomen de 10 de junio de 2009: Hígado poliquístico con LHI sin parénquima respetado, sin signos de complicación y siendo el mayor de 8,2 x 6,3 cm en LHD. Ambos riñones poliquísticos, el mayor de 3,3 cm en RD y de 4,1 cm en el RI. Se concluye poliquistosis hepatorenal sin signos de complicación.

Hipertensión arterial.

- En seguimiento en la consulta del Servicio de Nefrología del HUC: Quistes renales. Función renal normal. Múltiples quistes a nivel hepático que producen compresión a nivel del diafragma. Además refiere epigastralgia y disfagia.

Fue derivada desde este Servicio, el 6 de junio de 2014, al Servicio de Digestivo donde inicia su control desde el 1 de agosto de 2014, bajo el diagnóstico de poliquistosis hepatorenal.

Sintomatología escasa e inespecífica, refiriendo una sensación molesta como un «*bulto*» en epigastrio (con la ingesta y ansiedad), que cede paulatinamente y que no limitaba sus quehaceres habituales, hace su vida normal y trabaja con esfuerzos marcados sin incidencias. Limita la ingesta por el dolor.

JD: Poliquistosis hepática y renal con buena función hepática y renal. Hipertensión arterial (HTA).

Dispepsia, posiblemente por ocupación del LHI.

Se solicita TAC, analítica y gastroscopia en 3 meses. Valorar remitir para fenestración quirúrgica en función de los hallazgos y la clínica.

Las pruebas solicitadas se valoraron en consulta de 7 de noviembre de 2014. Se decide remitir al Servicio de Cirugía General y Digestiva para valorar fenestración laparoscópica.

- En fecha 21 de noviembre de 2014 es valorada en la consulta del Servicio de Cirugía General y Digestiva (CGD) del HUC.

La paciente refiere síntomas por ocupación de espacio (come poco, muchas veces porque se siente muy llena). Relata episodio de dolor agudo que probablemente tenga que ver con complicación de un quiste.

En la exploración física, gran hepatomegalia a expensas de ambos lóbulos hepáticos. Se le explica que con la intervención lo único esperable es disminuir el volumen del LHI (lóbulo hepático izquierdo) y con ello que disminuyan los síntomas de compresión. El riesgo de dolor agudo por complicación de los quistes continuará. Se incluye en lista de espera para fenestración laparoscópica de los quistes superficiales.

- En la consulta del Servicio de CGD en fecha 22 de mayo de 2015 figura que está en lista de espera para cirugía con finalidad de tratamiento sintomático. Se recoge que *«por ahora no se quiere operar pues controla más o menos bien los síntomas lo cual parece bastante lógico»*.

Se valora ecografía de 4 de marzo de 2015: Múltiples quistes hepáticos uno de ellos mayor de 4 cm que presenta ecos en su interior compatible con sangrado intraquístico. Resto de estructuras quísticas hepáticas de pequeño-mediano tamaño y de contenido líquido puro.

Ambos riñones totalmente desestructurados debido a múltiples quistes de pequeño y mediano tamaño algunos de ellos presentan tabique fino en su interior, pero sin signos de complicación.

Plan: Vigilancia anual del desarrollo de HTP (hipertensión portal) e insuficiencia hepática. Se cita en 6 meses para valorar dar de baja en la lista de espera.

En ecografía de abdomen de 19 de octubre de 2015: Hígado con múltiples quistes, el mayor aproximadamente de 12 cm. Riñón derecho de 13,5 cm, riñón izquierdo de 15,8 cm. Ambos riñones con pérdida de diferenciación senoparénquima, con múltiples quistes, algunos de ellos septados, los mayores aproximadamente 29 mm.

- En la consulta de fecha 4 de diciembre de 2015 refiere que al final decide operarse.

- En ecografía de abdomen de 12 de mayo de 2016: Poliquistosis hepatorenal de predominio hepático con quistes de hasta 18 cm. Riñones poliquísticos, el derecho de aproximadamente de 14 cm, desplazado por el crecimiento hepático y el izquierdo de 16 cm.

- En consulta de Digestivo del 2 de junio de 2017, figura que está en lista de espera para tratamiento sintomático, sin embargo lleva dos años y clínicamente

refiere distensión que aún tolera, escasa ingesta con peso aún mantenido. Plaquetas en descenso paulatino que podría estar en relación a desarrollo de HTP.

Plan: Inicio de estudio como candidata a trasplante para posteriormente presentar el caso al Comité de trasplantes hepáticos. Se solicita grupo, analíticas, espirometría, consulta de psiquiatría, ecocardiograma, consulta de ginecología, TAC hepático y hemodinámica portal.

Valorar en 6 meses. Contactar con el Servicio de Cirugía General y Digestiva para desestimar cirugía paliativa.

- Ecografía pélvica de 20 de junio de 2017: Hígado con múltiples quistes los mayores localizados en el LHI de 7,4 cm y en el LHD de 10,1 cm.

- Realizado el 14 de agosto de 2017 estudio de preoperatorio (EKG y radiografía de Tórax) en consulta de preoperatorio de fecha 17 de agosto de 2017 se recoge *«al parecer no tiene claro y hay dudas si tiene primero que trasplantarse de hígado»*.

Se realiza IC a los Servicios de Digestivo y de CGD para saber las pautas a seguir con la paciente y qué tipo de intervención quirúrgica necesita, además de explicarle la situación.

- El 1 de septiembre de 2017 solicita la paciente a Digestivo informe para anestesista. *«Actualmente con datos de la anamnesis y analíticos que sugiere posiblemente otra solución mejor. Se consideró en anterior consulta iniciar estudio para considerarla candidata a trasplante hepático. En definitiva no parece que sea útil, 3 años después de enviarla a cirugía, la intervención en nuestro centro para mejorar síntomas»*.

- Acude al Servicio de Urgencias del HUC el 14 de septiembre de 2017 refiriendo cefalea frontal y hemicraneal izquierda pulsátil con náuseas. Ha tenido la TA alta estos días. Diagnóstico migraña.

HTA. El 20 de noviembre de 2107 acude al mismo Servicio, derivada desde el Centro de Salud, por cuadro de ciática.

El 31 de mayo de 2018, por prurito - urticaria generalizada de 5 días de evolución.

- Remitida al centro de referencia, HUNSC, para valoración por el Comité, tiene la primera cita en trasplantes hepáticos (Servicio de Digestivo HUNSC) en dicho centro el 19 de junio de 2018.

Refiere estar normotensa/hipotensa. Desde hace una semana presenta prurito sobre todo en manos y pies.

En la exploración física, entre otros: abdomen blando, hepatomegalia dura, de unos 25 cm bajo reborde costal. Cicatriz de laparotomía supraumbilical (estenosis hipertrófica de píloro). Se valoran los estudios realizados.

En comentarios: Se destaca entre los antecedentes poliquistosis hepática y renal, sin afectación terminal del filtrado glomerular. La clínica predominante es de limitación de su calidad de vida en relación con la ocupación abdominal por el volumen hepático y quistes y la sintomatología variada al respecto [dolor permanente y paroxístico no controlable, escasa ingesta, limitación de la movilidad, astenia, incapacidad laboral (...)].

Conclusión: Poliquistosis hepática con limitación de calidad de vida. Poliquistosis renal sin repercusión actual en el GFR.

Plan: Pendiente de RM en el HUC el día 20 de junio de 2018. El día 25 de junio de 2018 se presentará el caso en Comité de Candidatos a TOH.

Digestivo el día 26 de junio de 2018 con la decisión tomada.

El 26 de junio de 2018 en vista sucesiva de trasplantes hepáticos (Servicio de Digestivo del HUNSC) se le comunica la decisión del Comité de Candidatos a TOH. Por el momento no incluir en lista de espera para TOH y remitir a su Hospital de referencia para valorar por el Servicio de CGD la opción quirúrgica que proceda.

- En RM hepática de 20 de junio de 2018: Múltiples quistes de diferentes tamaños que afectan de forma difusa a ambos lóbulos hepáticos, se evidencian áreas focales de dilatación de la vía biliar intrahepática, en probable relación con compresión que originan los quistes, algunos quistes tiene gran tamaño, existe uno en la cúpula hepática que llega a alcanzar 12,3 cm en sentido transversal x 10 cm en sentido craneocaudal. En LHI un quiste sugestivo de componente hemático con diámetro mayor de 8,7 cm y 6 cm.

- En la consulta de Digestivo del HUC de fecha 29 de junio de 2018: muy sintomática por ocupación abdominal con dolor persistente con exacerbaciones. Mantiene prurito por compresión biliar.

Plan: Ha sido rechazada por el momento como candidata a cambio de intentar reducción del volumen intraabdominal por resección de parénquima - fenestración de quistes.

El Servicio está en desacuerdo con la decisión del Comité circunstancia que se comunica a la paciente.

Se realiza de nuevo IC al Servicio de CGD.

- En la consulta del Servicio de CGD de fecha 6 de julio de 2018 se valora ecografía realizada el 5 de julio de 2018: Poliquistosis hepatorenal con afectación hepática importante. Riñón derecho de 13 cm de diámetro y quistes de hasta 4,5 cm. Riñón izquierdo de 17 cm con mayor número de quistes que en el contralateral, de hasta 4 cm.

Nueva inclusión en LE.

- En consulta de Nefrología de 5 de diciembre de 2018 se hace referencia a la muy mala calidad de vida por compresión; no puede hacer algunos movimientos, no duerme bien.

El 29 de marzo de 2019 se recoge en la consulta de Digestivo analíticamente sin cambios ni empeoramientos.

- Es valorada en consulta de Preanestesia el 16 de abril de 2019.

- Ingresa en el periodo 12-20 de agosto de 2019 para intervención quirúrgica programada fenestración laparoscópica de los quistes superficiales.

En exploración física: Gran hepatomegalia a expensas de ambos lóbulos hepáticos.

Es intervenida el 12 de agosto de 2019: Destechamiento de quistes hepáticos. Mediante laparotomía subcostal se aspiran 2 quistes de 3-4 cms en segmentos 8 y 6 y varios quistes pequeños en LHI aspirando unos 2 litros de contenido líquido.

La paciente evoluciona favorablemente desde el punto de vista quirúrgico causando alta hospitalaria y control ambulatorio.

- En el control por el Servicio de CGD de 4 de octubre de 2019 se describe clínicamente bien.

Control en 6 meses.

El 28 de octubre de 2019 en el control por Nefrología la paciente refiere una gran mejoría clínica y recuperación parcial de la hiperpotasemia y el deterioro de la función renal alterada en el ingreso.

En TAC de 13 de octubre de 2020 disminución del tamaño hepático con respecto a estudio previo de 2018, con múltiples quistes de aspecto no complicado uno de ellos en LHI con discretas calcificaciones periféricas.

El 6 de noviembre de 2020 se describe en la consulta de CGD que la paciente se encuentra muy bien.

Volver en un año.

El 15 de febrero de 2021, en la consulta de Nefrología se menciona RM: Múltiples formaciones quísticas en ambos riñones y parénquima hepático en relación con diagnóstico de base (poliquistosis hepatorenal familiar). Asimismo, el parénquima hepático demuestra múltiples formaciones quísticas, alguna de ellas (segmento IV) con hiperseñal en T1, sugerente de contenido proteináceo.

En marzo de 2021 inicia tratamiento (uso compasivo) con lanreotide por un periodo de 3-4 años, dado que esto ha probado enlentecer o frenar el crecimiento de lesiones hepáticas quísticas.

- En relación al ámbito de atención primaria consulta por: El 16 de marzo de 2015 causa situación de IT por hipertensión arterial. Dolor lumbar el 6 de febrero de 2016 y el 17 de julio y noviembre de 2017. Cefalea el 12 de septiembre de 2017. Catarro de vías altas el 9 de diciembre de 2017. El 19 de marzo de 2018 acude con informes de Nefrología y Digestivo a efectos de tramitar valoración de incapacidad. El 25 de mayo de 2018 consulta por urticaria, causa IT por prurito y dermatografismo.

El 24 de abril de 2019 acude al Servicio de Urgencias por cefalea en relación a con HTA.

El 22 de agosto de 2019 acude para revisión de herida quirúrgica (estenosis pilórica del adulto). El 19 de febrero de 2020 acude al Servicio de Urgencias de AP por cefalea, el 20 de febrero de 2020 por náuseas y vómitos. El 24 de agosto de 2020 cefaleas por HTA y el 29 de agosto por HTA. El 3 de noviembre de 2020 solicita asistencia por dolor en rodilla derecha. Cuadro de lumbociática el 3 y 17 de diciembre de 2020.

3. Con fecha 6 de julio de 2021 se comunica a la interesada Acuerdo probatorio y Trámite de Audiencia. Transcurrido el plazo conferido, no se aporta nueva documentación.

III

1. La Propuesta de Resolución estima parcialmente la reclamación formulada por la interesada, reconociendo procedente la indemnización de 34.076,16 euros por concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

Se funda la Propuesta en el Informe del SIP, que concluye que en la asistencia sanitaria prestada existió retraso en la realización quirúrgica de fenestración de quistes hepáticos que padecía la interesada; y que, aunque dicha intervención no tenía finalidad curativa sí pretendía mejorar los síntomas de compresión que afectaban a su calidad de vida, sin perjuicio de que este retraso no ha influido en la evolución de su enfermedad.

La demora en la intervención consistió en limitación de su calidad de vida.

Está acreditado en el expediente que la enfermedad hepática de la paciente durante ese tiempo estuvo controlada por Digestivo con objeto de detectar descompensaciones de la función hepática y/o la aparición de hipertensión portal, por lo que se puede afirmar que esa demora no repercutió en la eventual complicación de algún quiste, tampoco evitable con la intervención.

Tampoco es posible imputar a esa demora el rechazo como candidata a trasplante, así como que fue independiente de la aparición de nuevos quistes, aunque sí produjo crecimiento de algunos quistes.

El SIP insiste en que la interesada supo que la intervención quirúrgica en la enfermedad que padece no tiene finalidad curativa ni cambia la historia natural de la enfermedad hepática, sólo se indica para aliviar los síntomas de ocupación. Tampoco se consigue con la intervención evitar los síntomas derivados de las complicaciones de los quistes.

También ha quedado acreditado que la reclamante fue incluida en lista de espera el 21 de noviembre de 2014 y que en la consulta del Servicio de CGD, en fecha 22 de mayo de 2015, manifiesta que *«por ahora no se quiere operar pues controla más o menos bien los síntomas»*.

Sin embargo, el Servicio de CGD, en lugar de realizar la baja en lista de espera, le propone nueva cita en seis meses. Aunque aún no había sido llamada para el estudio preoperatorio, es en la consulta de CGD de fecha 4 de diciembre de 2015 cuando refiere que al final decide operarse.

Realizado estudio preoperatorio el 14 de agosto de 2017 es citada en la consulta de Preanestesia el 17 de agosto de 2017. En ese momento el Servicio de Digestivo había iniciado, 2 de junio de 2017, el estudio para remisión a la paciente al Comité de Trasplantes Hepáticos.

Por tanto, no tenía sentido realizar en ese momento la valoración previa a la fenestración de los quistes programada en su momento al haberse optado por el trasplante hepático, hecho que generó dudas sobre el fin de la consulta de preanestesia con la consiguiente eliminación de la paciente de la lista de espera.

El 7 de setiembre de 2017 la paciente causó baja voluntaria en la lista de espera quirúrgica porque habló con su médico y deciden no operar. Una vez rechazada por el Comité como candidata a trasplante hepático, el 26 de junio de 2018, fue nuevamente incluida en lista de espera para fenestración de quistes el 6 de julio de 2018.

Finalmente, fue intervenida el 12 de agosto de 2019: Destechamiento de los tres quistes mayores, uno en segmento 8, otro en segmento 6 y el tercero, de menor tamaño, en región hepática izquierda.

Igualmente, se acredita que, sin perjuicio de posibles recurrencias, después de la intervención quirúrgica de fecha 12 de agosto de 2018 la paciente se ha mantenido hasta la actualidad asintomática y con mejoría en su calidad de vida.

De todo ello, el SIP computa la demora a partir de la fecha 4 de diciembre de 2015 en la que la paciente decide intervenir. Concluye este periodo de espera en el momento de la consulta de preanestesia, 17 de agosto de 2017: 622 días. La salida de la lista quirúrgica en septiembre de 2017 se justifica por la decisión de posible trasplante.

2. En cuanto a la valoración del daño, el SIP entiende que el perjuicio causado se encuadra en el concepto de «perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida» en grado de moderado. $622 \text{ días} \times 54,78 \text{ €/día}$ (cuantía actualizada al año 2021) = 34.073,16 euros.

Este Consejo Consultivo considera correcta esa cuantía porque la planteada por la propia interesada no se ajusta a la realidad, pues está acreditado que la intervención no tenía por finalidad curar su enfermedad, ni ésta se produjo por la demora en la propia intervención, sino que iba dirigida a mejorar su calidad de vida, cosa que se consiguió una vez operada, por lo que es acertada que el daño se

compute como «prejuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida» en grado de moderado.

En cualquier caso, conocida por la interesada, el concepto y la cuantía de la indemnización, no presentó alegación alguna.

Estando acreditado, pues, que la demora en la intervención quirúrgica fue de 622 días -pues se ha de descontar los períodos en los que la propia interesado descartó la operación y en los que salió de la lista quirúrgica por la decisión de posible trasplante-, es correcta que la indemnización alcance la cuantía actualizada de 34.073,16 euros (622 x 54,78 €/día).

De todo lo anterior se desprende que la Propuesta de Resolución, que estima parcialmente la reclamación, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se estima parcialmente la pretensión resarcitoria de la interesada, se ajusta a Derecho.