



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 0 5 / 2 0 2 2

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de octubre de 2022.

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, tramitado ante la reclamación de indemnización, formulada por (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 369/2022 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 15 de septiembre de 2022 (con registro de entrada en este Organismo el día 20 de septiembre de 2022), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. El reclamante solicita en su escrito de reclamación ser indemnizado con la cantidad que asciende a 120.000 euros; importe que determinaría la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Consejero para solicitarlo, siguiendo 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación, además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril,

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, entre otros.

4. 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante).

5. En lo que se refiere a la legitimación activa, el reclamante ostenta la condición de interesado en el procedimiento al haber sufrido supuestamente un daño como consecuencia del funcionamiento sanitario [art. 4.1, letra a) de la LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Por lo demás, la reclamación se ha presentado dentro del plazo de un año que la Ley establece, de acuerdo con el art. 67 LPACAP; y ello porque la reclamación se presenta en fecha 25 de abril de 2019, en relación con el hecho lesivo alegado determinado presuntamente en el 13 de octubre de 2018, por lo que no habría prescrito el derecho que asiste al interesado para reclamar.

II

1. En el escrito de reclamación el interesado expone que: *visitando en repetidas ocasiones a mi centro médico de canalejas por un dolor abdominal, durante agosto y septiembre y pidiendo una endoscopia o una acografía (sic) para descartar cualquier cosa, se me negó, el cual me ingrese por voluntad propia el 10 de octubre de 2018, en el hospital (...) con carácter urgente. El 13 de octubre me operaron de urgencias por una colecistitis de gravedad donde los médicos me daban 24 horas de vida. Gracias a Dios pude salir, presento todos los informes médicos correspondientes, debido a la medicina catecolaminas se necrosaron dos dedos de manos y pies, se amputaron 2 dedos de la mano izquierda.*

2. Mediante Resolución de 17 de junio de 2019, del Director del SCS, se admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente.

3. Con fecha 28 de septiembre de 2021, consta registrado el informe del SIP, en relación con el daño por el que se reclama, adjuntando los informes médicos preceptivos (art. 81.1 LPACAP). Así, indica el informe:

« (...) Se trata de paciente hombre con fecha de nacimiento 21.03.76, que el 31.08.18 acude al Centro de Salud alrededor de las 03:00 h por dolor en epigastrio de una hora de evolución. No presenta vómitos ni diarrea, ni fiebre. A la exploración abdomen blando. Blumberg y Murphy negativos. La Dra. (...) pauta dieta sin grasas y espasmolítico.

El signo de Murphy es el dolor que se provoca al comprimir sobre el área de la vesícula biliar en el hipocondrio derecho, a la vez que el paciente realiza una inspiración profunda. Es un signo característico de la colecistitis aguda, en este caso no presente.

B.- El 04.09.18: Dra. (...). El paciente manifiesta dolor epigástrico de una semana de evolución. No presenta náuseas, vómitos, dispepsia, ni alteración del hábito deposicional. A la exploración abdomen blando, depresible con peristalsis presente, sin signos de irritación peritoneal.

Se solicita analítica que se extrae el 7 de septiembre de 2018 y los resultados no mostraron afectación de cifras de leucocitos, con amilasa y transaminasas (ALT) en rangos de normalidad.

- 14.09.18: En consulta con la Dra. (...) se comunica los resultados de la analítica, sin alteraciones relevantes comoquiera que los parámetros analíticos no indicaban signos de inflamación ni infección y el Sr. (...) manifiesta entonces la existencia de bulto inguinal izquierdo que se corresponde con hernia inguinoescrotal patología ajena a un proceso biliar. Es solicitada interconsulta al Sº de Cirugía. El paciente expresa mejoría con el tratamiento.

- 29.09.18: dra (...), aproximadamente 10:00 h. Afebril, se realiza toma de constantes, glucemia, y EKG, sin alteraciones.

- 09.10.18: Acude al Centro de Salud aproximadamente 16:00 h por epigastralgia. Por la Dra. (...), se pauta tratamiento médico y al mejorar el dolor es derivado a su médico de familia.

C.- A las 16:30 h del 10.10.18 acude al Servicio de urgencias del HUGCDN. Exploración Física General: Buen estado general, (...) Eupneico y afebril. Abdomen blando y depresible,

dolor a la palpación en epigastrio, no se palpan masas ni megalias, no existen signos de irritación peritoneal.

Se realiza analítica que muestra alteraciones: Leucocitos 13.36 (N 84.9%), Hemoglobina 15.9, Plaquetas 21000. Glucemia 138, Urea 14, Creatinina: 1.09, FG 83.28, Na 139, K 3.65, Cl 97, Bilirrubina total 4.16, AST 242, ALT 299, Amilasa 63, entre otras.

Se decide entonces realizar Ecografía: Vesícula biliar no distendida, con paredes levemente engrosadas y litiasis en infundíbulo (1,6 cm). Murphy ecográfico negativo.

No se observa líquido libre perivesicular ni colecciones. Actualmente no cumple suficiente criterios ecográficos de colecistitis aguda, sin embargo podría tratarse de un cuadro leve o incipiente. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Resto de exploración sin alteración relevantes.

La técnica de elección para el diagnóstico de la Colecistitis aguda es la ecografía abdominal. Su sensibilidad y su especificidad son del 88 y el 80% respectivamente, y tiene un valor predictivo positivo del 92%, por lo que resulta suficiente para confirmar el diagnóstico en la mayoría de los casos.

D.- Se cursa ingreso en Digestivo y el 11 de octubre alrededor de las 16:00 h pasa a planta de hospitalización de Digestivo.

A la vista de la exploración clínica, pruebas complementarias (analítica y ecografía), y que se trata de cuadro leve/incipiente, en la valoración pronóstica inicial se programa realizar ecoendoscopia (USE) para el 16 de octubre a fin de realizar el estudio detallado de la pared del tubo digestivo y de las pequeñas estructuras cercanas. USE es un procedimiento mixto que utiliza la técnica endoscópica (introducción de un cable con luz y cámara) y ecográfica. La prueba permite el examen ecográfico, toma de biopsias y algunos tratamientos de lesiones en la pared del esófago, estómago y duodeno así como de algunos órganos vecinos, como páncreas, vías biliares o ganglios linfáticos, directamente desde el interior del tubo digestivo. Para ello se introduce a través de la boca un tubo flexible con un sistema de iluminación y una cámara (endoscopio) que además lleva en su punta el sistema de ecografía. De esta manera se evitan interferencias y se pueden estudiar detalles que de otro modo no serían accesibles.

Se pauta sueroterapia, antibioterapia y analgesia con paracetamol. El tratamiento médico conservador adecuado en colecistitis aguda no complicada como en este caso consiste en una reposición hidroelectrolítica adecuada, analgésicos y antibioterapia, como efectivamente se indicó.

El mismo día 11, se extraen hemocultivos, como está indicado asimismo en la colecistitis aguda, que resultaron negativos.

E.- Tras indicar un tratamiento conservador se controla al paciente en los días sucesivos para detectar signos y síntomas (Temperatura mayor a 38° C, ausencia de mejoría del cuadro

clínico o empeoramiento del mismo (peritonismo, aumento de dolor, defensa abdominal), deterioro hemodinámico, etc) que pudieran sugerir el fracaso del tratamiento.

Es el 13 de octubre en horario de mañana cuando presenta malestar brusco asociado a hipotensión y taquicardia (TA 69/42, FC 140). Coluria. Sudoroso, impresiona regular perfusión periférica. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal.

Por probable empeoramiento del cuadro biliar que motiva el ingreso se realiza nueva ecografía que observa el empeoramiento radiológico de la colecistitis aguda previamente observada presentando ahora dilatación marcada de la vía biliar (cuadro obstructivo).

Considerando además los valores analíticos sustancialmente alterados en la analítica practicada con Amilasa 1700, Bilirrubina total 9 y Procalcitonina >100, se avisa a cirugía y se somete con carácter urgente a intervención quirúrgica alrededor de las 15:00 h. Se realiza colecistectomía abierta y revisión vía biliar. Durante la cirugía se produjo sangrado del lecho hepático que requirió packing.

F.- El diagnóstico anatomopatológico de la vesícula biliar resecada fue de colecistitis aguda y crónica inespecífica intensa. Colelitiasis.

G.- Sigue postoperatorio que requirió asistencia intensiva en cama de reanimación. Entre otras circunstancias requirió soporte vital con catecolaminas lo que ocasionó necrosis distal de segundo y tercer dedo de mano izquierda que posteriormente precisó tratamiento por cirugía plástica.

Pasa a planta de digestivo el 06.11.18 y se cursa alta de hospitalización el 27 de noviembre de 2018.

C O N S I D E R A C I O N E S

La colecistitis aguda es una entidad clínica caracterizada por la inflamación de la pared vesicular que se manifiesta habitualmente por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho (cuadrante superior derecho del abdomen) y fiebre (37.5-39°C) que se acompaña frecuentemente de náuseas y vómitos .

C O N C L U S I O N E S

1.- El objeto de la reclamación es por inadecuada atención prestada en el nivel de Atención primaria al no solicitar endoscopia o ecografía, en el mes de septiembre, precedente a su ingreso en el Servicio de Urgencias del HUGCDN el 10.10.18.

2.- Al reclamante se le facilitaron las actuaciones pertinentes con proporcionalidad a los síntomas y exploración realizada.

3.- *La ecografía realizada el 10.10.18 habla de un cuadro biliar leve/incipiente, sin dilatación de la vía biliar por lo que una ecografía previa no habría permitido alcanzar el diagnóstico.*

4.- *La colecistitis aguda, es una inflamación de la pared de la vesícula biliar. El proceso inflamatorio una vez iniciado genera cambios a nivel microsómico y macrosómico que pueden evolucionar desde una fase inicial de congestión a una fase de supuración, de gangrena y/o de perforación. En este caso la respuesta inflamatoria evolucionó en los días sucesivos al ingreso hospitalario a pesar del tratamiento médico realizado.*

5.- *Se emite informe desfavorable (...) ».*

4. En relación con los informes preceptivos emitidos constan los clínicos de la facultativo que asistió al paciente en fecha 31 de agosto de 2018 (página 72), mediante el que indica al final de su informe *control evolutivo del dolor de no presentar mejoría o empeoramiento debe volver.*

Asimismo, consta en el expediente los informes clínicos de la facultativo que atendió al afectado los días 4 y 14 de septiembre de 2018, indicando:

« (...) los días 4 y 14 de septiembre del 2018, que lo atendí en la consulta de Atención Primaria del Centro de Salud de Canalejas.

En la primera consulta atendí al paciente pautándole tratamiento, solicitándole analítica estudio y citándole para control evolutivo. En la sucesiva, el paciente refería que había mejorado con el tratamiento pautado y lo remití a la consulta de Cirugía General por hallazgo de hernia inguinal izquierda sin signos de complicación en el momento de la valoración. Así mismo, se le advirtió de hallazgo de hipertrigliceridemia e hiperuricemia, explicando, dando recomendaciones y cita de control analítico.

En todo momento de ambas consultas, el paciente estaba estable y sin signos de patología aguda que precisara actuación urgente. (...) ».

El Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUGCDN, por su parte, en atención a la asistencia prestada al paciente ha realizado un informe bastante exhaustivo indicándonos al respecto:

« (...) (DNI (...)), paciente varón de 42 años, VIH positivo con carga viral indetectable en ese momento, había acudido en varias ocasiones a su centro de salud por presentar cuadro de dolor abdominal localizado en la parte alta del abdomen e irradiado a espalda de 1 mes de evolución, encontrándose en fase de estudio. Durante esas visitas al centro de salud no consta que hubiera presentado signos de alarma (fiebre, vómitos, ictericia, orinas colúricas). Es posible que lo que aquejaba en aquel momento fuera lo que denominamos "cólicos hepáticos" secundarios a colelitiasis (=piedras en la vesícula). Se debe solicitar una ecografía para confirmar la presencia de la colelitiasis, ecografía que habitualmente se realiza en el

medio ambulatorio. Si esta prueba demostrase la presencia de dicha colelitiasis (piedras en la vesícula) se remitiría a Cirugía para valorar el extirpar la vesícula biliar.

El paciente, ante la presencia de un nuevo episodio de dolor, decidió esta vez acudir por iniciativa propia a urgencias del Hospital Dr. Negrín el día 10/10/18. Se le hizo la historia clínica completa, se le pidió analítica y se solicitó una ecografía. En este momento no presentaba signos externos de infección o sepsis (fiebre, escalofríos, hipotensión, taquicardia, taquipnea, disminución del nivel de conciencia, etc.). No obstante, en la analítica se le detectó: 1) Elevación de la bilirrubina (4,16 mg%), y elevación de amilasas, compatible con una posible pancreatitis aguda, pero que en las siguientes horas se normalizaron completamente y 2) En ecografía practicada de urgencias (10/10/18) se informó (sic): "Vesícula biliar no distendida, con paredes levemente engrosadas y litiasis en infundíbulo (1,6 cm). Murphy ecográfico negativo. No se observa líquido libre perivesicular ni colecciones. Actualmente no cumple suficientes criterios ecográficos de colecistitis aguda, sin embargo podría tratarse de un cuadro leve o incipiente. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Resto de exploración sin alteración relevantes."

Siguiendo nuestro protocolo: se ingresó en el servicio de Digestivo para completar el estudio y confirmar la presencia de una posible coledocolitiasis (cálculos en el colédoco). Si tuviera coledocolitiasis, se trataría mediante una ERCP2, prueba endoscópica que permite acceder al tubo de la bilis (colédoco) y extraer los cálculos. Después de la limpieza de cálculos se trasladaría a Cirugía y se valoraría la extirpación de la vesícula biliar mediante cirugía laparoscópica durante ese mismo ingreso o a posteriori. Y así se hizo.

No obstante, encontrándose pendiente de completar el estudio en el servicio de Digestivo, el 13/10/18 el paciente presentó un empeoramiento de su estado general, con signos de sepsis y de shock séptico (infección generalizada grave). La analítica general mostraba signos de infección y en una nueva ecografía (13/10/18) se informó (sic): "Vesícula biliar no distendida, con paredes engrosadas (5,2 mm) la cual ha aumentado con respecto al previo, con edema intramural y observando una solución de continuidad en la mucosa parietal en la cara hepática, de aproximadamente 9 mm, que podría estar en relación con absceso intramural. No se observa líquido libre perivesicular ni colecciones adyacentes. Se continúa observando litiasis en infundíbulo. Igualmente se observa marcada dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, (coledoco de hasta 12 mm de diámetro), no siendo visible la porción más distal del colédoco por interposición de pantalla gaseosa, no visualizando el causante del cuadro obstructivo. No se observa líquido libre ni colecciones intraabdominales. Conclusión: Empeoramiento radiológico de colecistitis aguda con cuadro obstructivo de la vía biliar."

Ante estos hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos, el paciente fue diagnosticado de colecistitis aguda (inflamación de la vesícula biliar) complicada con coledocolitiasis (piedra

que se ha "escapado" de la vesícula y se ha alojado en el tubo de la bilis impidiendo la circulación normal de la misma) y colangitis (infección de la bilis), con signos además de sepsis (infección generalizada) , decidiéndose cirugía urgente.

La cirugía se llevó a cabo ese mismo día 13/10/18. Se objetivó una vesícula biliar llena de cálculos y de pus, así como un colédoco con barro biliar y coágulos en su interior. Se confirma por tanto una colecistitis aguda, coledocolitiasis y colangitis. Se practicó colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar), apertura y limpieza del colédoco y colocación en su interior de un drenaje denominado "Kehr" para exteriorizar hacia fuera la bilis infectada y no quedara acumulada perpetuando la infección. Debido a su estado séptico , con alteración importante de la coagulación, se produjo una hemorragia en la zona operatoria muy difícil de cohibir, que precisó la realización de un "packing" (=colocación de una gran cantidad de compresas comprimiendo la zona hemorrágica) que se retiraría tres días después, una vez mejorada su situación clínica y corregida sus alteraciones hematológicas.

El 16/10/18 (SIC) fue reintervenido para retirar el packing (compresas). Se observó también necrosis de un pequeño segmento de intestino delgado que precisó resección de dicho segmento.

El postoperatorio lo pasó ingresado en una Unidad de Reanimación (similar a Cuidados Intensivos). Aquí sufriría varias complicaciones inherentes a su sepsis, como fallo renal, insuficiencia respiratoria y necrosis acra (gangrena de la punta de dos dedos de la mano) que obligaron a la amputación de dos falanges distales de dicha mano. La necrosis acra es secundaria a la administración de catecolaminas (noradrenalina en infusión continua) para mantener la tensión arterial dentro de límites normales.

Su evolución posterior fue satisfactoria hasta su total recuperación.

En el informe de Anatomía Patológica se constató "Colecistitis aguda y crónica inespecífica intensa. Colelitiasis".

Un año después, presentó una hernia en la cicatriz de la cirugía, que precisó reparación con la colocación de una malla. Este proceso no tuvo nada que ver con el anterior, es decir, estas hernias se pueden presentar en todo paciente intervenido en el abdomen, independientemente de la causa que indicó la cirugía abdominal.

El paciente presenta un ERP aludiendo "negligencia médica del Servicio Canario de Salud". Aporta unas fotos de una persona obesa con una cicatriz en el abdomen muy similar a las que tienen todos los pacientes operados de urgencia por complicaciones relacionadas con la vía biliar.

Tras revisión del historial no se objetiva ningún atisbo de "negligencia médica". En todo momento que lo ha precisado se han puesto en marcha todas las actuaciones necesarias para corregir sus problemas médicos y quirúrgicos. A destacar el esfuerzo y la profesionalidad

mostrada por el equipo médico que el paciente tuvo la suerte de encontrarse y que gracias a sus conocimientos y esfuerzo le salvó la vida.

La colelitiasis (=piedras en la vesícula) es una enfermedad muy frecuente 3, estimándose que la padece l 10-20% de la población general y el 50-60% de la población mayor de 80 años. De esa población general con colelitiasis, el 20% dará síntomas consistentes en ataques recurrentes de dolor en la parte derecha alta del abdomen irradiado a espalda y que se denominan "cólicos hepáticos". Su tratamiento consiste en la extirpación de la vesícula biliar.

Puede complicarse en aproximadamente un 10% de los casos: colecistitis aguda (inflamación aguda)4 , coledocolitiasis (paso de piedras de la vesícula al colédoco lo cual provoca obstrucción al flujo de la bilis provocando ictericia)5 y colangitis (infección de la bilis y sepsis o infección generalizada) 6 . En algunos casos también se puede complicar con pancreatitis aguda (inflamación del páncreas). No se sabe por qué se produce la colelitiasis7 . Se presenta frecuentemente en mujeres obesas, en la 4ª década de la vida y fértiles. No obstante, estamos acostumbrados también a ver hombres delgados de todas las edades con este padecimiento. El paciente reclamante era obeso.

¿Por qué se complica en un 10% de los casos y en un 90% de los casos no se complica? Tampoco lo sabemos exactamente. Parece ser que guarda cierta relación con los hábitos del paciente. Transgresiones dietéticas e ingesta de grasas provocan la contracción de la vesícula biliar, que es un reservorio de bilis, para expulsar bilis al intestino con el fin de digerir esas grasas. Dado que tiene piedras en su interior, tras la contracción de la vesícula en respuesta a la ingesta de grasas, una piedra puede taponar el tracto de salida de la vesícula, quedar atascada ahí y, a partir de ahí, originarse todo el cuadro.

¿Por qué a veces estas complicaciones presentan una evolución tan desfavorable como el caso del paciente reclamante? Aquí si hay más consenso: los pacientes inmunodeprimidos toleran mal la infección y ésta puede generalizarse con mayor facilidad y más rápidamente. Ocurre con los diabéticos, pacientes que están tomando corticoides y, tal como este es el caso, paciente con inmunodeficiencias adquiridas (VIH). También podría ocurrir en aquellos casos en los que el germen causante de la infección fuera muy agresivo. En este paciente se detectó en bilis y en sangre un E. Coli sin especial agresividad.

Respecto a la actuación en el centro de salud, en nuestro sistema de salud público, los pacientes con cólicos hepáticos habitualmente no precisan ingreso ni ser remitidos al hospital. Este paciente cuando iba al centro de salud no presentaba ningún signo de alarma (fiebre, ictericia, escalofríos, coluria). Tras calmarse el dolor con analgésicos, se les debe solicitar una ecografía, normalmente en el ámbito ambulatorio, para acabar de confirmar la presencia de piedras en la vesícula, en caso de que el paciente no disponga de una ecografía previa. Si la ecografía demostrase la presencia de colelitiasis (piedras en la vesícula) se remitiría a Cirugía para valorar el extirpar la vesícula biliar. En esta situación se encuentran

actualmente cientos de pacientes en nuestra comunidad autónoma, pendientes de estudio y/o cirugía y es extraordinariamente raro que alguno de ellos presente una evolución tan desfavorable como el reclamante. En los servicios de urgencias, siempre se les recomienda que si vuelven a presentar la sintomatología acudan de nuevo al centro o vayan directamente al hospital.

Esta evolución posterior, tal como se ha comentado, va a depender más de factores individuales intrínsecos que de factores externos. Desde que acudió al servicio de urgencias del hospital Dr. Negrín se pusieron en marcha todos los protocolos que habitualmente se siguen para este tipo de pacientes: 1) historia clínica, analítica y ecografía al ingreso; 2) ingreso en Digestivo para completar el estudio y descartar complicaciones; 3) Si mala evolución contactar con Cirugía; 4) Intervención quirúrgica; y 5) Estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos en el postoperatorio.

La posterior hernia abdominal no es más que una complicación que se suele presentar especialmente en pacientes obesos y que se repara mediante la colocación de una malla, no teniendo absolutamente nada que ver con los procesos anteriores. Es decir, es muy común tras cualquier intervención quirúrgica en el abdomen.

En definitiva, según mi opinión, en ningún momento del proceso asistencial de este paciente se ha vulnerado la "lex artis" (...)».

5. En fecha 9 de marzo de 2022, se emite el Acuerdo sobre el periodo probatorio, admitiendo la documental obrante en el expediente.

6. En fecha 9 de marzo de 2022, se concede el trámite de vista y audiencia del expediente, notificando al interesado oportunamente a efectos de que presente las alegaciones que estime oportunas para su defensa. Lo que efectivamente hizo con carácter reiterativo en relación con sus pretensiones originales.

7. La Instrucción del procedimiento requiere del SIP la emisión de informe complementario por el que se analice la actuación sanitaria relacionada con las intervenciones realizadas al paciente, en octubre de 2018 y septiembre de 2019. En consecuencia, el SIP emite el informe complementario solicitado en fecha 15 de julio de 2022, indicando al respecto:

« (...) Partimos de la situación ya conocida cuando el 10.10.18 la ecografía realizada en el HUGCDN, con alteración en los parámetros analíticos, habla de un cuadro de colecistitis leve o incipiente, esto es la inflamación de la vesícula era de inicio reciente:

“Vesícula biliar no distendida, con paredes levemente engrosadas y litiasis en infundíbulo (1,6 cm). Murphy ecográfico negativo. No se observa líquido libre perivesicular ni colecciones. Actualmente no cumple suficiente criterios ecográficos de colecistitis aguda, sin

embargo podría tratarse de un cuadro leve o incipiente. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal.”

2.- Para responder a la cuestión formulada, tomaremos en cuenta la primera manifestación referida a epigastralgia en Atención primaria que es de fecha 31 de agosto de 2018.

3.- Aún realizada la ecografía el mismo día 30.08.18, aunque no existiera indicación para ello, en ningún caso habría mostrado patología aguda a la vista de la ecografía realizada el 10.10.18 que refiere un cuadro leve e incipiente.

4.- Hipótesis: Caso en que realizada la ecografía el 31.08.18 hubiera mostrado colelitiasis (cálculos en la vesícula). Es remitido el paciente a la consulta de Cirugía General y ese mismo día 31.08.18 es valorado por cirujano e incluido en lista de espera el mismo día para colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar) ya que es el tratamiento programado habitual de la colelitiasis sintomática.

Siguiendo la Orden de 26 de diciembre de 2006, por la que se modifica el anexo I de la Orden de 15 de mayo de 2003, que establece los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de la Salud (B.O.C. nº 96, de 21.5.03)), desde su inclusión en lista de espera (31.08.18) la colecistectomía tiene un plazo de respuesta quirúrgica de 90 días. El plazo para la intervención quirúrgica se establecería entonces hasta el 30 de noviembre de 2018.

5.- A modo de conclusión, entendemos que NO ha tenido incidencia o repercusión negativa en el proceso del paciente. (...) ».

El citado informe complementario fue oportunamente notificado al interesado a efectos de presentar alegaciones que, en su caso, estimara conveniente. Lo que no hizo.

8. Con fecha 29 de agosto de 2022, se emite Propuesta de Resolución del Secretario General del SCS, mediante la que se desestima la reclamación formulada por el interesado.

9. Se ha sobrepasado ampliamente y sin justificación al respecto el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por el interesado, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración pública.

2. En el supuesto planteado el interesado solicita una indemnización por los daños y perjuicios ocasionados con base en la deficiente asistencia sanitaria que según él le fue prestada por el SCS.

3. No podemos dejar de evidenciar las aclaraciones tan sumamente detalladas que realiza el SIP en sus informes, tanto en cuanto a los antecedentes de hecho del paciente como las consideraciones y conclusiones que nos transmite. Habiéndose comprobado con la restante documental médica que se practicaron las pruebas médicas que el paciente precisó en cada momento según el estado de su enfermedad.

En resumen, tales informes advierten que se había actuado correctamente desde el principio por el servicio sanitario señalando:

A. Que el signo de Murphy es el dolor que se provoca al comprimir sobre el área de la vesícula biliar en el hipocondrio derecho, a la vez que el paciente realiza una inspiración profunda. Es un signo característico de la colecistitis aguda, que en este caso no estuvo presente inicialmente.

B. El día 4 de septiembre de 2018, se solicita analítica que se extrae el 7 de septiembre de 2018 y los resultados no mostraron afectación de cifras de leucocitos, con amilasa y transaminasas (ALT) en rangos de normalidad. Practicándose, pues, las pruebas médicas precisas.

C. Que en fecha 14 de septiembre de 2018, en consulta el paciente expresa la existencia de bulto inguinal izquierdo que se corresponde con hernia inguinoescrotal, siendo ésta una patología ajena a un proceso biliar. No obstante, se solicita interconsulta al Servicio de Cirugía. El paciente expresa mejoría con el tratamiento. Descartando en consecuencia un deficiente funcionamiento del SCS.

D. Que en fecha 9 de octubre de 2018, el paciente acude al Centro de Salud aproximadamente 16:00 h por epigastralgia, pautándose el tratamiento médico oportuno, mejorando los síntomas derivados a su médico de familia. Siendo el diagnóstico de Murphy ecográfico negativo. No se observa líquido libre perivesicular ni colecciones. Razón por la que según los facultativos no cumplía el suficiente criterio ecográficos de colecistitis aguda, sin embargo podría tratarse de un cuadro

leve o incipiente. El tratamiento médico conservador adecuado en colecistitis aguda no complicada como en este caso consiste en una reposición hidroelectrolítica adecuada, analgésicos y antibioterapia, como efectivamente se indicó.

E. No obstante, tras la observación advertida se programó siguiendo el protocolo médico una ecoendoscopia (USE) para el 16 de octubre a fin de realizar el estudio detallado de la pared del tubo digestivo y de las pequeñas estructuras cercanas. El día 11 de octubre de 2018, se extraen hemocultivos, como está indicado asimismo en la colecistitis aguda, que resultaron negativos.

En fecha 13 de octubre de 2018, se le practicó al paciente nueva ecografía que observa el empeoramiento radiológico de la colecistitis aguda previamente observada presentando ahora dilatación marcada de la vía biliar (cuadro obstructivo). Considerando además los valores analíticos sustancialmente alterados en la analítica practicada con Amilasa 1700, Bilirrubina total 9 y Procalcitonina >100, se avisa a cirugía y se somete con carácter urgente a intervención quirúrgica. El diagnóstico anatomopatológico de la vesícula biliar reseca fue de colecistitis aguda y crónica inespecífica intensa.

4. Los informes médicos preceptivos contrastados debidamente con la documental obrante en el expediente coinciden, como así lo demuestra entre otros los informes del Servicio de radiología (páginas 225 y siguientes), la información de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria (páginas del expediente 115 y siguientes) y el Listado de Notas en atención al diagnóstico inicial y la evolución de la enfermedad; verificando todos ellos que el paciente tuvo que ser intervenido de urgencia en fecha 13 de octubre de 2018 por empeoramiento brusco (páginas del expediente desde la número 141 hasta la página número 149).

5. Por lo demás, la necrosis oportunamente detectada y diagnosticada fue secundaria al uso de catecolaminas, medio fundamental para el soporte vital del paciente durante el ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva durante el mes de octubre de 2018. Con ello se demuestra que el SCS actuó correctamente haciendo uso de las catecolaminas que evitaría seguramente un mal peor que la necrosis, en ningún caso deseada. Además, el paciente ha sido tratado, como resultado de la necrosis y amputaciones realizadas, por el servicio médico de cirugía plástica con el fin de reparar el aspecto físico resultante de la intervención quirúrgica practicada -amputación por necrosis- como consecuencia de haber hecho uso de un medio necesario -catecolamina- para salvar la vida del paciente (folio 214 del expediente).

6. En el supuesto planteado, pues, no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud porque el diagnóstico fue correcto y oportunamente tratado según la sintomatología que iría presentando el paciente y de conformidad con el protocolo médico pautado no habiéndose probado por el interesado una actuación médica incorrecta, por lo que no puede apreciarse nexo causal entre el funcionamiento del servicio de salud y el daño alegado.

7. Por lo tanto, la Administración Sanitaria ha acreditado en el presente supuesto que se ha actuado conforme al criterio de la *lex artis ad hoc*, determinándose la normalidad de los actos médicos, habiendo cumplido con el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida de acuerdo con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

8. En definitiva, al no concurrir en el presente caso infracción de la *lex artis*, como tampoco se ha probado la omisión en la prestación de los medios adecuados por la asistencia sanitaria, sin que se haya demostrado por el reclamante daño antijurídico alguno ni el nexo de causalidad requerido, no nacería pues el deber de indemnizar al interesado por los daños alegados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por el interesado, se considera conforme a Derecho.