Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 2 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de marzo de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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. 65/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 26 de enero de 2021 a instancia de la representación de (...), por los presuntos daños como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el SCS.

2. Ha de advertirse que el expediente objeto del presente Dictamen trae causa del que dio lugar al Dictamen 399/2024, de 3 de julio, en cuyo Fundamento III señalábamos:

« (...) a la vista de la documentación remitida a este Consejo Consultivo, se constata la incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia, lo que impide la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo.

En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que no figura en el expediente administrativo la evacuación del informe del SIP interesado por el propio órgano instructor, que, si bien no es preceptivo en cuanto a su emisión, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

su criterio respecto al fondo del asunto analizado (art. 79 LPACAP), esto es, la corrección médica -en términos de adecuación a la lex artis ad hoc- de la prestación sanitaria dispensada al paciente. Máxime en casos como el presente, en el que los informes médicos que obran en las actuaciones se limitan a efectuar un relato descriptivo de la asistencia sanitaria prestada, pero no justifican que ésta fuera ajustada a la lex artis.

A mayor abundamiento, y con independencia de si en el caso concreto examinado el órgano instructor hubiera cursado o no la correspondiente petición de informe al SIP, resulta necesario destacar la especial significación y relevancia de este informe dentro de la instrucción del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial extracontractual por daños derivados de la prestación sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud.

A este respecto, hemos de comenzar reiterando que, conforme a nuestra doctrina (véase, Dictamen 41/2024, de 25 de enero), la evacuación de dicho informe, en puridad, no resulta exigible con carácter general en el curso de los procedimientos de responsabilidad extracontractual.

Ahora bien, el informe del SIP ofrece una perspectiva integradora y omnicomprensiva de la asistencia sanitaria prestada, que va más allá de la atención concreta llevada a cabo por parte de los distintos servicios médicos implicados en cada caso, y cuya incorporación al expediente -la de estos informes-, sí resulta obligada a tenor de lo dispuesto por el art. 81.1 LPACAP. De esta manera, se franquea la visión inevitablemente parcial que pudiera resultar si son varios los servicios intervinientes en un mismo asunto.

Por otra parte, el informe del SIP permite también suplir las eventuales deficiencias de que pudiera adolecer, en su caso, alguno de los informes evacuados por los servicios médicos implicados en la prestación sanitaria al paciente, proporcionando una fundamentación adecuada, completa y consistente en apoyo de la Propuesta de Resolución que el órgano instructor venga a formular en los procedimientos de responsabilidad extracontractual cuya tramitación le incumbe.

Por lo demás, y como ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en su reciente Dictamen 41/2024, de 25 de enero, «no han faltado en nuestra práctica consultiva los casos, desde luego, en que nuestro parecer ha podido expresarse sin dificultad prescindiendo del indicado informe del SIP, sea a la vista del rigor y exhaustividad de los informes evacuados por el servicio actuante, la claridad de las circunstancias concurrentes, su escasa complejidad, u otros factores que también podrían estar presentes».

Ahora bien, fuera de estos supuestos particulares -en los que se habrá de atender a las concretas circunstancias concurrentes en el caso analizado en aras a prescindir o no de la evacuación del informe del SIP-, lo cierto es que, con carácter general, resulta pertinente -a la par que necesaria- la emisión del citado dictamen. Y ello no sólo en atención a su contenido y funcionalidad (centrado en la exposición de los antecedentes médicos y estado

de salud del paciente, así como en la descripción/explicación de las dolencias que aquejan a éste; en el análisis de conjunto -a la luz de la lex artis ad hoc- de la actuación médica practicada, y en la formulación de conclusiones relativas a la corrección -o no- del proceder médico -previo examen de la historia clínica y de los informes emitidos por los servicios médicos implicados en la atención dispensada al paciente-), sino, además, porque viene a suplir la falta de conocimientos técnicos y/o médicos por parte de los miembros de este Consejo Consultivo de Canarias, permitiendo a este Organismo consultivo contar con los elementos de juicio suficientes como para poder formarnos una razonable convicción respecto al fondo de la reclamación interpuesta -y poder valorar adecuadamente los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones- (en idéntico sentido nos hemos pronunciado en nuestro reciente Dictamen 53/2024, de 25 de enero).

3. Así pues, la constatación de la deficiencia procedimental comentada en el apartado anterior impide considerar que el expediente se haya tramitado correctamente desde el punto de vista jurídico-formal, motivo por el que este Consejo Consultivo no puede analizar y, en última instancia, dictaminar convenientemente respecto al fondo del asunto que ha sido sometido a su consideración.

Es por todo ello que procede retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe del SIP en los términos interesados por el órgano instructor en dos ocasiones solicitado tal y como consta en la instrucción del procedimiento.

Una vez cumplimentado el trámite anterior, y otorgada vista y audiencia a la interesada, se formulará una nueva Propuesta de resolución, que se remitirá ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión del dictamen preceptivo a que se refieren los arts. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP».

3. El presente Dictamen ha sido solicitado el 12 de febrero de 2025, -Registro de Entrada en este Consejo de fecha 13 de febrero de 2025-. Al respeto ha de decirse, en relación con la preceptividad del presente Dictamen, que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), mediante su Disposición final sexta que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo

Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

En este caso, sin embargo, y a pesar de no haberse cuantificado la reclamación, estamos ante un expediente, como señalábamos en el apartado 2 del presente Fundamento I, que trae causa del que diera lugar a la emisión del Dictamen 399/2024, de 3 de julio, por este Consejo, que concluía la procedencia de retrotraer el procedimiento, elaborando nueva Propuesta de Resolución, para emitir nuevo Dictamen sobre el fondo del asunto, por lo que se rige la preceptividad del Dictamen por la norma vigente en el momento de la solicitud inicial del mismo, y, habiendo valorado este Consejo, que de estimarse la reclamación la cuantía de la indemnización sería superior a 6.000 euros, la misma determinó la preceptividad del dictamen, y la sigue determinando.

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 LCCC, 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 (LRJSP); 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 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. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, correspondió inicialmente a la persona afectada por el daño que atribuyó al funcionamiento del SCS, (...).

No obstante, con fecha 24 de noviembre de 2023, (...) comunicó el fallecimiento de su madre, (...), acaecido el 7 de marzo de 2023, así como su deseo de continuar con la tramitación del procedimiento, como interesada en el mismo. Por lo que ahora es su hija la que ostenta la legitimación activa, pero no por alegadas las secuelas

generadas a la paciente con ocasión de la asistencia sanitaria, sino por los daños morales derivados del fallecimiento de su madre.

Sobre este extremo resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo), reiterada en el más reciente Dictamen 109/2025, de 13 de marzo:

««4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de

Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como "iure hereditatis", sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte "iure propio", las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis"" (...) »».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de la hija de la persona fallecida para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados del óbito de su madre [art. 4.1., letra a) LPACAP]. Legitimación activa que es admitida por la propia Administración Pública sanitaria.

4.2. 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.

5. La reclamación se ha interpuesta dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP.

6. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP). Sin embargo, aun expirado éste, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

7. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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 SCS 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.

8. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que obsten la emisión de parecer de este Consejo sobre el fondo de la presente reclamación.

II

1. En la reclamación inicial se exponen, entre otros, los siguientes hechos:

La interesada, de ochenta y cinco años de edad en el momento de efectuar la reclamación, expone que, con fecha 23 de noviembre de 2018, su médico del Centro de Salud de San Benito le solicita una prueba de colonoscopia a realizar en el Hospital Universitario de Canarias (HUC), derivada de los resultados de una analítica de sangre oculta en heces realizada en el citado Centro de Salud, el 15 de noviembre de 2018, con resultado positivo.

- El 4 de agosto de 2020 se le cita a fin de que acuda al HUC para la realización de la colonoscopia.

En la práctica de la prueba se le ocasiona una perforación intestinal de 5 mm, que el facultativo intenta cerrar poniendo cuatro clips metálicos en la herida para a continuación derivarla a su domicilio.

- En la información que ofrece ese mismo día el facultativo a la hija de la paciente, le indica que ha habido una complicación consistente en que al introducir el colonoscopio se observó una perforación, hecho que no debe ser ajustado a la realidad, dado que la colonoscopia lleva incorporado una cámara que visualiza el recorrido y lógicamente de haberse actuado con la debida diligencia, se hubiera observado el obstáculo que impedía el avance, evitando con ello, asimismo, insistir en la continuidad de la prueba, no ocasionando el perjuicio alegado.

En el informe que emite el facultativo a petición de la hija de la paciente, lo que prescribe como tratamiento es dieta líquida durante veinticuatro horas, estableciendo la posibilidad de repetir la prueba en dos meses. Es de señalar que la paciente ha permanecido ingresada en el HUC a consecuencia de las secuelas derivadas del daño producido.

- El mismo día 4 de agosto de 2020, ya en el domicilio, aproximadamente a las 15:00 horas, tomo una manzanilla que me provoca vómitos, fuertes dolores estomacales y fiebre, síntomas que se van agudizando y determinan que mis familiares llamen al 112, para mi traslado en ambulancia al Servicio de Urgencias del

Hospital, ingresando en dicho servicio de Urgencias a las 19:00 horas aproximadamente, permaneciendo en el mismo 48 horas, y pasando a la tercera planta, de digestivo y cirugía general, donde continuo 21 días, sin que remitiera la fiebre, y con tratamiento antibiótico para combatir la infección que produjo la perforación intestinal y la posterior indicación facultativa.

En este periodo de ingreso, se practican tres TAC abdominales. En los dos primeros, no se observó anomalía destacable. El primero se hizo con fecha 6 de agosto de 2020, el segundo con fecha 12 de agosto, resultando inexplicable, por parte de los médicos, el motivo de la fiebre que no remitía ante el tratamiento administrado desde el inicio del ingreso. El día 17 de agosto hay un empeoramiento y se amplía el tratamiento de antibiótico. Resulta cuando menos sorprendente, que con la sintomatología y las pruebas que se realizan, no se detecte la infección interna que presentaba de la herida ocasionada, la perforación intestinal que nunca cicatrizó.

Se realiza un tercer TAC el día 24 de agosto de 2020, previa derivación al Servicio de Infeccioso, que es donde detectan la gravedad de la infección y del estado crítico que sufre y que determina una intervención quirúrgica de carácter urgente el día 25 de agosto, entrando en el quirófano alrededor de las 20:00 horas. Aproximadamente, a la hora y veinte minutos, la cirujana que la opera informa a sus hijas. La intervención dura aproximadamente cinco horas y obligó a un lavado minucioso del abdomen.

Debido a las patologías que padecía, los médicos del Hospital, en un primer momento del ingreso habían decidido no intervenir quirúrgicamente, sino proceder a la administración de medicamentos por vía intravenosa. No obstante, la gravedad y el estado tan crítico, deteriorado y de extrema necesidad, determinan por los especialistas operen sin garantía alguna de resultado favorable y temiendo por su vida.

- El postoperatorio se prolonga hasta el 13 de octubre, los tres primeros días en Urpa-recuperación conectada a múltiples dispositivos. Una vez en planta, el tratamiento antibiótico se prolonga hasta el 22 de septiembre y el día siguiente, 23 de septiembre sufre una insuficiencia cardíaca, detectando a raíz de su estudio y valoración, la presencia de bacteria en los pulmones, que conlleva aislamiento de y un nuevo tratamiento que provoca convulsiones hasta que se ajusta el tratamiento.

- Con fecha 28 de septiembre, cuadro convulsivo y valoración por neurología, con diagnóstico de epilepsia focal. Hasta este momento, nunca había presentado

síntomas semejantes ni había padecido de epilepsia ni tenido convulsiones, añadiéndose este daño a los ya enumerados. Se realiza TAC cerebral y electroencefalograma, no detectándose anomalía.

Finalmente, le prescribe nuevo tratamiento de prevención de epilepsia, que estaba provocando una disminución en las facultades cognitivas y volitivas, generando un estado somnoliento generalizado.

Con todo lo expuesto, se quiere dejar bien patente cómo una persona, que era totalmente autónoma, con las patologías propias de su edad, pero que por sí misma realizaba todos los actos de su cuidado personal, del hogar y del cónyuge, a raíz de una prueba que se indica para descartar una patología, termina con tal deterioro físico y psíquico que ha supuesto un cambio radical y drástico en mi calidad y condiciones de vida, múltiples adaptaciones en el hogar, tratamiento rehabilitador privado y un condicionamiento en la vida de los familiares directos, cónyuge y tres hijos, por la necesidad de prestar los cuidados permanentes que requiere.

2. Admitida la reclamación, se remite historia clínica e informe preceptivo del Servicio de Aparato Digestivo del HUC, de 19 de marzo de 2021, que, en lo esencial, indica:

«Antecedentes. Se trata de una paciente pluripatológica y polimedicamentada destacando la presencia de cardiopatía severa de tipo valvular con insuficiencia congestiva, arritmia cardíaca por fibrilación auricular e isquémica severa con lesión de dos vasos y portadora de stent, todo ello en tratamiento con anticoagulante, diuréticos y antiarrítmicos.

En este contexto y a petición de su médico de Atención Primaria por anemia (Hb 10.4 gr/dL) y presencia de sangre oculta en las heces, solicita una colonoscopia electiva que tiene lugar en turno de mañana a primera hora del día 4 de agosto de 2020.

Perforación intestinal. Respecto a la perforación intestinal durante el transcurso de la colonoscopia: En todo proceso invasivo diagnóstico se actúa siempre en beneficio del paciente de forma que prevalece en todo momento un equilibrio entre riesgo y beneficio. En este caso la presencia de cardiopatía severa de la paciente que precisa de anticoagulación para evitar descompensaciones cardiológicas en forma de trombosis de la prótesis que provocaría el infarto de miocardio o formación de trombos que favorecerían accidentes cerebrales vasculares, tiene como consecuencia que lesiones en el intestino provoquen pérdidas de sangre que llevan al paciente a sufrir anemia. Esta anemia es, a su vez, causa frecuente de anginas por el menor aporte de oxígeno a los tejidos, por lo que es fundamental diagnosticar la potencial lesión sangrante para que sea tratada. Esto tiene lugar con frecuencia en pacientes cardiópatas, como la paciente en cuestión, por la menor oxigenación

que favorece la aparición de en el colon derecho de malformaciones vasculares o angiodisplasias.

La endoscopia, a pesar de ser una prueba compleja, por la presencia de numerosos divertículos y las secuelas que dejan estos en el intestino, tras episodios de infección subclínica con rigidez del tramo de sigma que impide que el instrumento endoscópico avance con normalidad, por lo que el especialista sopesa el riesgo de dejar sin tratamiento la anemia y sin explorar todo el tracto digestivo bajo trata de completar satisfactoriamente para el paciente la prueba derivando en el desafortunado incidente de perforación intestinal.

Esta complicación, aunque poco frecuente en un colon normal, puede ocurrir hasta en 1 de cada 5.000 procedimientos tal y como se informa a los pacientes en el consentimiento informado, sobre todo cuando hay patología de base que dificulta la visualización de la luz intestinal por la que guiar el instrumento a su través. Fruto de la pericia del endoscopista, la apertura de pared fue suturada endoscópicamente en su totalidad durante el mismo acto, tal y como se recogen en las guías de práctica clínica de la especialidad, con la intención de evitar al paciente una intervención quirúrgica urgente que con la condición cardiológica de base hubiese sido de alto riesgo.

- Cuidados tras el tratamiento de la perforación: Tal y como recoge el informe del procedimiento, se recomendó observación de la paciente y dieta líquida durante 24 horas debiendo consultar de no haber mejoría, como así se hizo. Tras el periodo de observación en la sala de recuperación de la Unidad de Endoscopias y sin objetivarse signos de alarma o alteración de constantes, la paciente fue dada de alta a domicilio. Esto fue así teniendo en cuenta que:

a) El procedimiento tuvo lugar en agosto de 2020, durante restricciones de servicios sanitarios y que prevaleció que el paciente permaneciera bajo observación en su domicilio dada la buena evolución inicial para evitar contagio por SARS-2 intrahospitalario, que dada la edad de la paciente y comorbilidad hubiera sido fatal.

b) La paciente tiene su domicilio en La Laguna y no dista a más de 5 minutos su traslado al centro.

c) El endoscopista habló personalmente en la sala de recuperación e informó a la hija de la paciente y cuidadora de lo acontecido y dada el adecuado soporte familiar que tenía la paciente y de acuerdo con familiares para evitar la desorientación y mayor confort de la paciente se decidió observación domiciliaria.

d) El endoscopista cuestionado llamó al teléfono de la cuidadora proporcionado y se supo que la paciente se encontraba bien. En cualquier caso y de haber permanecido en el hospital no se hubiera actuado de distinta forma, siendo la forma de actuar conservadora.

- Atención e ingreso a cargo del Servicio de Aparato Digestivo: Tras la mala evolución en domicilio y ser atendida en el Servicio de Urgencias por sospecha confirmada de perforación se requiere la atención del Servicio de Cirugía General que, de acuerdo con los facultativos del Servicio de Digestivo, y teniendo en cuenta la situación hemodinamicamente estable de la paciente, contención de la perforación en el TAC y comorbilidad, decide una actitud conservadora y observación con cobertura antibiótica. Tras seguimiento conjunto por ambos Servicios y un intervalo de días de estabilidad que hacían pensar en una evolución favorable con varias pruebas de imagen sin cambios relevantes, finalmente la paciente presenta cuadro de sepsis por lo que y de nuevo teniendo en cuenta el riesgo-beneficio de la actuación se decide intervenir quirúrgicamente objetivándose perforación y colección purulenta adyacente con sutura y lavado de la misma.

- Cuidados en el postoperatorio: Durante el postoperatorio la paciente padece una recuperación tórpida dificultada por su patología de base con probable epilepsia focal de probable causa vascular por crisis comicial en el contexto de antibioterapia y sepsis favorecedoras, e infección respiratoria con signos de insuficiencia cardíaca congestiva por maniobras de intubación, traslocación bacteriana y estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la cual se recupera.

- Secuelas en su estado de salud: Toda complicación de procedimiento, y en este caso agravado por la edad de la paciente y comorbilidad entendemos que pueden dejar secuelas físicas y psíquicas, de las que los más de quince facultativos médicos que atendieron a la paciente directamente somos conscientes y lamentamos. Si bien los pacientes están sujetos a los riesgos de complicaciones de procesos invasivos, también sabemos que la inacción tiene sus consecuencias».

3. El 24 de noviembre de 2023, (...), comunica el fallecimiento de su madre, (...), el 7 de marzo de 2023, así como su deseo de continuar con la tramitación del procedimiento, como interesada en el mismo.

4. El 11 de diciembre de 2023 se dicta Acuerdo Probatorio, admitiendo las pruebas documentales propuestas por la interesada, consistentes en documentación clínica aportada con el escrito inicial, así como facturas correspondientes a los gastos de recuperación de la paciente.

5. Ultimada la instrucción del procedimiento se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada quien formula alegaciones dentro del plazo conferido.

6. En este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico

7. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

8. El 3 de julio de 2024 se emite por este Consejo Consultivo Dictamen 399/2024, que concluye la falta de adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, debiendo retrotraerse el procedimiento en los términos expuestos en el Fundamento III del Dictamen.

9. El 29 de octubre de 2024 se solicita informe del SIP, que lo emite el 29 de noviembre de 2024, después de haber recabado la documentación oportuna (Historia de Salud de la paciente correspondiente al ámbito de Atención Primaria, copia de la Historia Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), e informe del jefe del Servicio del Aparato Digestivo y del jefe de sección de endoscopias del CHUC).

10. El 19 de enero de 2025 se confiere a la interesada trámite de audiencia, de lo que recibe notificación el 21 de enero de 2025, presentando escrito de alegaciones el 31 de enero de 2025 en las que reitera los términos de la reclamación inicial y se opone a los argumentos expuestos por el SIP.

11. En fecha 10 de febrero de 2025 se emite nueva Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de la interesada.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber

genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

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

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en la presunta *mala praxis* en la realización de la colonoscopia, que causó una perforación intestinal a la paciente y de la que se derivaron secuelas de importancia, descritas en su escrito de reclamación. Asimismo, en las alegaciones, de 11 de diciembre de 2023, la interesada insiste en que la paciente tenía una vida plena, con calidad y autonomía y fue truncada a raíz de la perforación intestinal durante el transcurso de una colonoscopia.

Sin embargo, sin la constatación de que los daños por lo que se reclama fueron consecuencia de la infracción de la *lex artis* es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños. Sin la determinación del nexo causal entre esos daños y la actividad administrativa no puede surgir responsabilidad de ésta.

Así, la cuestión a dilucidar es si la colonoscopia, que según la interesada causó una perforación intestinal a la paciente y de la que se derivaron secuelas de

importancia, incluso a juicio de su hija, presuntamente la muerte de su madre, fue realizada con infracción de la *lex artis.*

3. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el informe del SIP, obran en la historia clínica de la paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.(…) con DNI (…) y 85 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes personales médicos Hipertensión arterial, Dislipemia, Artrosis y trastorno de la marcha (usuaria de bastón), Incontinencia urinaria (usuaria de absorbentes de incontinencia de orina), Insuficiencia cardíaca (2018), Cardiopatía isquémica crónica con lesión de dos vasos (stent 2018), Disfunción ventricular izquierda ligera (2018), Persona mayor frágil (valoración 2018), Deterioro cognitivo ligero no amnésico (valoración por el Servicio de Neurología 2016); quirúrgicos Colecistectomía, Cataratas bilateral.

2.El día 12 de noviembre de 2018 tuvo cita con su Médico de Atención Primaria (MAP en adelante) para recoger resultado de analítica en la que se objetivó presencia de anemia microcítica hipocrómica (anemia generalmente por falta de hierro) por lo que para su estudio se solicitó test de sangre oculta en heces que resultó positivo de manera que el 23 de noviembre de 2018 se solicitó colonoscopia dejando constancia manuscrita en dicha solicitud de que "Refiere hace años le quitaron unos 'quistes' del colon".

3.El 4 de agosto de 2020 fue citada para realización de la colonoscopia, llevada a cabo previa firma de consentimiento informado en el que se recogen los riesgos posibles de las exploración entre los que se incluye la perforación.

El procedimiento fue llevado a cabo por el jefe de sección de endoscopias del Servicio del Aparato Digestivo (Servicio de Digestivo en adelante) quién describe el procedimiento informando que se explora hasta el sigma por presencia de algunos divertículos ("bolsas" irregulares en la pared del colon que no suele causar problemas, aunque pueden presentar inflamación/infección ocasional) e importante rigidez que impedía el avance del colonoscopio por lo que decidió retirarlo e introducir un gastroscopio para tratar de pasar la zona rígida, objetivando al avanzar por el sigma una perforación de unos 5mm que trató en el momento con cuatro clips metálicos y finalizó la colonoscopia por dicha incidencia. Tras la exploración se recomendó observación y dieta líquida durante 24 horas para tratar de repetir la prueba en dos meses mediante gastroscopio/colonoscopio pediátrico o bien mediante videocápsula endoscópica.

4.El mismo día del alta hospitalaria acudió al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP en adelante) del Centro de Salud San Benito por decaimiento, molestia abdominal y vómitos decidiendo derivar a la paciente para valoración en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH en adelante) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) dónde se realizó analítica detectando signos de inflamación/infección (leucocitos 37000/uL,

proteína C Reactiva/PCR en adelante 169 mg/dl), radiografía de abdomen con signos sugestivos de perforación colónica y TC abdominal en el que destacaba "engrosamiento mural con material de alta densidad a nivel del sigma adyacente al cual se observaba importante cantidad de burbujas aéreas de disposición extraluminal, en relación con perforación de víscera hueca. El neumoperitoneo se extiende hacia flanco derecho, perihepático, región anterior abdominal y hacia retroperitoneo derecho. Comunica con el mediastino, con presencia de aire periaórtico y pericárdico en relación con neumomediastino. Mínima cantidad de líquido en mesenterio sin colecciones significativas". Ante estos hallazgos se decidió ingreso a cargo del Servicio de Digestivo.

5.Mantuvo seguimiento estrecho por parte del Servicio de Digestivo con realización de pruebas complementarias seriadas (analítica y TC abdomen-pelvis cuando fue necesario por los datos clínico-analíticos), así como seguimiento por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGD en adelante) decidiendo de forma conjunta mantener un manejo conservador.

5.a.El día 6 de agosto la paciente se encontraba taquipneica (aumento del ritmo respiratorio), persistía con abdomen distendido y ruidos intestinales abolidos por lo que se solicitó TC abdomen urgente destacando "abundante neumoperitoneo, retroneumoperitoneo y neumomediastino que ha disminuido discretamente respecto a estudio previo. Asimismo persiste ligera cantidad de líquido libre pélvico, sin evidencia de colecciones netas organizadas". Se decidió iniciar antibiótico de amplio espectro, describiendo los días posteriores que la paciente continuaba afebril, hemodinámicamente estable, mejoría del dolor abdominal con ruidos intestinales presentes y mejoría de parámetros inflamatorios/infecciosos en analítica. Sin embargo, ante la persistencia de distensión y timpanismo abdominal sin claro dolor a la exploración, se decidió solicitar nuevo TC abdomen 12 de agosto describiendo "Discreta disminución del neumoperitoneo con respecto a estudio previo. Mínima cantidad de líquido libre en pelvis sin cambio. Discreta disminución del engrosamiento del sigma con material de alta densidad en su interior". Dada la favorable evolución clínico-analítica de la paciente se decidió progresar a dieta blanda al día siguiente con adecuada tolerancia por lo que se realizó interconsulta al Servicio Subproceso de Integración y Coordinación Asistencial (SPICA en adelante) para coordinar alta próxima a docimicilio si continuaba adecuada evolución.

5.b.Tras once días de ingreso con evolución clínico-analítica favorable, el día 15 de agosto presentó disminución de diuresis por lo que fue necesario pautar diurético (fármaco para ayudar a eliminar agua y electrolitos a través de la orina) logrando recuperarla por lo que se mantenía el plan de alta próxima previo realización de prueba de imagen de control.

5.c.A los tres días de esta incidencia, en la valoración del 18 de agosto, consta que la paciente presentaba febrícula desde el día anterior con empeoramiento parámetros de

infección en analítica por lo que se decidió aumentar la cobertura antibiótica y solicitar pruebas microbiológicas (hemocultivo, urocultivo). A las setenta y dos horas persistía con fiebre sin foco claro y con cultivos negativos por lo que se realizó Interconsulta a la Unidad de Enfermedades Infecciosas (Infecciosas en adelante) quiénes ajustaron la antibioterapia y solicitaron ecocardiograma que no mostró datos de endocarditis (inflamación del revestimiento interno del corazón).

5.d.Dada la evolución tórpida se realizó TC abdomen el 24 de agosto que concluía "perforación de sigma con colección hidroaérea asociada". Ante este hallazgo se avisó al Servicio de CGD para valoración decidiendo cirugía de urgencias la madrugada del 26 de agosto "laparotomía explorada objetivando absceso cavitado con contenido purulento que comunica con el sigma a través de perforación de 2-3cm en su pared y conforma un gran plastrón con asas de intestino delgado, intervención de hartmann" (resección de recto o sigma dejando el recto permanentemente cerrado sin tránsito digestivo y colostomía terminal, es decir, el intestino grueso conectado a una abertura en la pared abdominal). Después de la intervención se encontraba hemodinámicamente inestable por lo que se trasladó a la Unidad de Reanimación dónde pudo ser extubada sin incidencias horas tras la intervención, manteniendo evolución favorable por lo que a las cuarenta y ocho horas fue dada de alta a planta de hospitalización a cargo del Servicio de CGD.

6.En planta de hospitalización, a las setenta y dos horas de la intervención, mantenía buena evolución (afebril, hemodinámicamente estable, colostomía funcionante, abdomen no doloroso) por lo que se decidió iniciar tolerancia oral que resultó adecuada manteniéndose en esta situación de estabilidad durante los siguientes días.

6.a.El 4 de septiembre que presentó dificultad respiratoria por lo que fue valorada por la Unidad de Infecciosas quiénes indicaron la realización de radiografía de tórax portátil objetivando signos de congestión por lo que ajustaron tratamiento consiguiendo mejoría desde el punto de vista respiratorio.

6.b.El mismo día se solicitó TC de abdomen por persistencia de parámetros de infección elevados en analítica en el que se concluye " derrame pleural bilateral, colección en flanco izquierdo, líquido coleccionado en FID, moderada cantidad líquido abdominopélvico" por lo que se comentó con el Servicio de Radiología Vascular Intervencionista (RAVI en adelante) quiénes realizaron drenaje ecoguiado de la colección cuyo cultivo determinó la presencia de un hongo (Candida glabrata) por lo que se ajustó tratamiento por arte de la Unidad de Infecciosas.

6.c.Tras esta incidencia mantuvo una evolución dentro de lo esperado por lo que se programó una reunión de la familia con SPICA para explicar el manejo al alta de la paciente. Sin embargo, presentó otras incidencias posteriores que fueron manejadas de forma satisfactoria:

El 23 de septiembre tuvo un episodio de taquicardia valorada por el facultativo de guardia de Medicina Interna quién ajustó el tratamiento con evolución satisfactoria describiendo al día siguiente que se encontraba con buen estado general y afebril. Se realizó TC abdomen 24 septiembre mostrando colección en resolución "Disminución de tamaño de la colección caudal al bazo. Resolución de la colección adyacente a sutura rectal. Disminución de la ascitis. Resto del estudio sin cambios significativos con respecto al previo".

El 28 de septiembre impresionaba estar en estado convulsivo con temblor generalizado por lo que fue valorada por el Servicio de Neurología con realización de TC craneal y Electroencéfalograma estableciendo el diagnóstico de probable epilepsia focal de causa vascular por lo que indicaron tratamiento antiepiléptico (levetiracetam), inicialmente endovenoso y posteriormente recomendaron pasar a vía oral de forma indefinida por el alto riesgo de recurrencia de la crisis sin tratamiento.

7.En los días posteriores mantuvo una evolución favorable, salvo porque al intentar retirada de sonda vesical presentó una retención aguda de orina teniendo que volver a sondar a la paciente. No presentó nuevos episodios convulsivos ni picos febriles, la colostomía se mantenía funcionante y dieta adecuadamente tolerada, por lo que se ajustó el tratamiento y se coordinó alta por parte de SPICA el día 13 de Octubre de 2020 recomendando retirada de sonda vesical en su centro de salud en quince días.

8.El 20 de noviembre de 2020 fue derivada por su MAP al SUH del CHUC para valoración por supuración achocolatada por el canal anal, dónde se realizó TC abdomen que mostraba "aumento de realce mucoso en recto y cambios inflamatorios en glúteo menor izquierdo y tejido celular subcutáneo adyacente sin delimitar colecciones netas". Dado que presentaba buen estado general y no precisaba cirugía de urgencias se dio alta con cita de control en consultas externas del Servicio de CGD.? Fue valorada por este servicio el día 3 de diciembre 2020 con exploración física dentro de la normalidad sin palpar absceso peritoneal por lo que se programó cita de revisión con analítica (según historia clínica de atención primaria tuvo cita con el Servicio de CGD el día 22 abril 2021 y con el Servicio de Neurología el día 26 abril 2021).

9.En cuanto a la sonda vesical, fue valorada por el Servicio de Urología el 26 de noviembre de 2020 dejando constancia que se inició tamsulosina para intentar retirada de sonda vesical con nueva retención aguda de orina por lo que se mantuvo la sonda vesical y se solicitó estudio con pruebas complementarias (cistoscopia, RMN y estudio urodinámico). En enero de 2021 su enfermera de atención primaria consigue retirada de sonda vesical sin complicaciones.

10.En enero de 2022 tuvo cita telefónica con su MAP en la que su hija comentaba que la paciente deambulaba con andador, dormía bien, tenía el apetito conservado, la ostomía funcionante y diuresis conservada. En junio de 2022 valorada por enfermería de atención

primaria dejando constancia de la mejoría evidente del estado general, deambulando con andador, orientada en espacio y con conversación coherente. Última cita registrada en atención primaria el 2 de marzo de 2023 en la que se solicita renovar visado de fármaco "paciente sin cita, renovar visado de risperidona"».

4. Pues bien, dados los términos de la reclamación, y según el informe del SIP, una vez analizada la historia clínica de la reclamante y los informes evacuados durante el presente procedimiento, cabe realizar las consideraciones que a continuación se exponen:

1) Indicación de la colonoscopia a la paciente.

En primer lugar, acerca de la necesidad de la realización de la prueba diagnóstica a la paciente, consistente en colonoscopia, señala el SIP:

«En la solicitud de la colonoscopia con fecha 12 de noviembre de 2018 por su MAP consta manuscrito que refería hacía años le habían quitado unos "quistes" del colon, lo que lleva a pensar en un antecedente de pólipo colónico que pudiera ser responsable del test de sangre oculta en heces positivo y la anemia que presentaba la paciente -(Hb 10.4 gr/dL) -por lo que estaba justificada la solicitud de la colonoscopia para estudio entregando a la paciente el consentimiento informado en ese momento.

Este extremo queda reflejado en el informe del jefe del Servicio de Digestivo del CHUC en el que apunta que se trataba de una paciente anticoagulada por su antecedente cardiológico lo que podría favorecer el sangrado de una lesión en el colon por lo que estaba justificada la realización de la colonoscopia para tratar dicha lesión y evitar la anemia que podría desembocar en angina por menor aporte de oxígeno a tejidos en una paciente cardiópata».

Por tanto, dados los antecedentes personales de la paciente la colonoscopia estaba debidamente indicada.

Tal y como señala el SIP, no obstante, se trata de un procedimiento invasivo que comporta una serie de riesgos que se recogen en el consentimiento informado entregado y firmado por la paciente, por tanto, estableciendo una relación riesgo-beneficio estaba indicada la realización de la colonoscopia solicitada y la paciente suscribió el consentimiento informado.

2) En cuanto a la realización de la colonoscopia, señala el informe del Jefe del Servicio de Digestivo del CHUC, que es un proceso invasivo diagnóstico, en el que, ante la presencia de cardiopatía severa de la paciente, se precisó anticoagulación para evitar descompensaciones cardiológicas en forma de trombosis de la prótesis que provocaría el infarto de miocardio o formación de trombos que favorecerían

accidentes cerebrales vasculares, lo que tiene como consecuencia que lesiones en el intestino provoquen pérdidas de sangre que llevan al paciente a sufrir anemia. Esta anemia es, a su vez, causa frecuente de anginas por el menor aporte de oxígeno a los tejidos, por lo que es fundamental diagnosticar la potencial lesión sangrante para que sea tratada. Esto tiene lugar con frecuencia en pacientes cardiópatas, como la paciente en cuestión, por la menor oxigenación que favorece la aparición de en el colon derecho de malformaciones vasculares o angiodisplasias.

La endoscopia, a pesar de ser una prueba compleja, por la presencia de numerosos divertículos y las secuelas que dejan estos en el intestino, tras episodios de infección subclínica con rigidez del tramo de sigma que impide que el instrumento endoscópico avance con normalidad, se intentó completar satisfactoriamente para el paciente la prueba, pero desafortunadamente se produce una perforación intestinal, complicación descrita y asumida por la paciente en el consentimiento informado firmado por ella el 4 de agosto de 2022.

Al respecto señala el informe del Jefe de Digestivo que «Esta complicación, aunque poco frecuente en un colon normal, puede ocurrir hasta en 1 de cada 5.000 procedimientos tal y como se informa a los pacientes en el consentimiento informado (folio n.º 831), sobre todo cuando hay patología de base que dificulta la visualización de la luz intestinal por la que guiar el instrumento a su través. Fruto de la pericia del endoscopista, la apertura de pared fue suturada endoscópicamente en su totalidad durante el mismo acto, tal y como se recogen en las guías de práctica clínica de la especialidad, con la intención de evitar al paciente una intervención quirúrgica urgente que con la condición cardiológica de base hubiese sido de alto riesgo».

Se concluye, de todo ello, que la perforación acontecida no se debió a una incorrecta aplicación de la técnica, amén de haber sido un riesgo descrito y asumido por la paciente en el consentimiento informado.

3) Respecto del tratamiento de la perforación, una vez producida durante el curso de la colonoscopia, tal y como señala el SIP:

«La perforación iatrogénica del colon (PIC en adelante) durante la realización de una colonoscopia diagnóstica o terapéutica es una complicación poco frecuente aunque grave que puede ser tratada mediante terapia conservadora, reparación endoscópica o cirugía, cuya elección va a depender del contexto diagnóstico (intra o postocolonoscopia), el tipo de perforación, las características del paciente, la experiencia del operador y la disponibilidad de medios. Se han creado las Guías de la Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia (WSES)

para el manejo de la PIC como una herramienta para favorecer estándares globales de atención, sin sustituir el juicio clínico del responsable que se adaptará según su experiencia y disponibilidad de recursos. El algoritmo presentado abajo demuestra que en el caso de la paciente que nos ocupa se llevó a cabo la actuación prevista, es decir, la perforación menos de 2cm fue diagnosticada durante la colonoscopia y no presentaba signos de contaminación peritoneal en ese momento por lo que se procedió al tratamiento endoscópico».

En este sentido, afirma el informe del Jefe de Digestivo que la apertura de pared fue suturada endoscópicamente en su totalidad durante el mismo acto, tal y como se recogen en las guías de práctica clínica de la especialidad, con la intención de evitar al paciente una intervención quirúrgica urgente que con la condición cardiológica de base hubiese sido de alto riesgo.

Consta en la HC y en el informe del procedimiento, tras el incidente se recomendó observación de la paciente y dieta líquida durante 24 horas debiendo consultar de no haber mejoría, como así se hizo. Tras el periodo de observación en la sala de recuperación de la Unidad de Endoscopias y sin objetivarse signos de alarma o alteración de constantes, la paciente fue dada de alta a domicilio. Esto fue así teniendo en cuenta que:

a) El procedimiento tuvo lugar en agosto de 2020, durante restricciones de servicios sanitarios y que prevaleció que el paciente permaneciera bajo observación en su domicilio dada la buena evolución inicial para evitar contagio por SARS-2 intrahospitalario, que dada la edad de la paciente y comorbilidad hubiera sido fatal.

b) La paciente tiene su domicilio en La Laguna y no dista a más de 5 minutos su traslado al centro.

c) El endoscopista habló personalmente en la sala de recuperación e informó a la hija de la paciente y cuidadora de lo acontecido y dada el adecuado soporte familiar que tenía la paciente y de acuerdo con familiares para evitar la desorientación y mayor confort de la paciente se decidió observación domiciliaria.

d) El endoscopista cuestionado llamó al teléfono de la cuidadora proporcionado y se supo que la paciente se encontraba bien. En cualquier caso y de haber permanecido en el hospital no se hubiera actuado de distinta forma, siendo la forma de actuar conservadora.

Sin embargo, tras la mala evolución en domicilio y ser atendida en el Servicio de Urgencias por sospecha confirmada de perforación se requiere la atención del Servicio de Cirugía General que, de acuerdo con los facultativos del Servicio de Digestivo, y teniendo en cuenta la situación hemodinámicamente estable de la

paciente, contención de la perforación en el TAC y comorbilidad, decide una actitud conservadora y observación con cobertura antibiótica. Tras seguimiento conjunto por ambos Servicios y un intervalo de días de estabilidad que hacían pensar en una evolución favorable con varias pruebas de imagen sin cambios relevantes, finalmente la paciente presenta cuadro de sepsis por lo que y de nuevo teniendo en cuenta el riesgo- beneficio de la actuación se decide intervenir quirúrgicamente objetivándose perforación y colección purulenta adyacente con sutura y lavado de la misma.

Durante el postoperatorio la paciente padece una recuperación tórpida dificultada por su patología de base con probable epilepsia focal de probable causa vascular por crisis comicial en el contexto de antibioterapia y sepsis favorecedoras, e infección respiratoria con signos de insuficiencia cardíaca congestiva por maniobras de intubación, traslocación bacteriana y estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la cual se recupera.

De todo ello, el SIP concluye:

« (…)

3)Valorando la situación de estabilidad clínica y hemodinámica de la paciente, el contexto sociodemográfico del momento y el adecuado soporte familiar se decidió como mejor opción la observación domiciliaria, y en cualquier caso, de haber permanecido en el hospital no se hubiera actuado de forma distinta, es decir, se hubiese mantenido el manejo conservador llevado a cabo.

4)Se mantuvo un seguimiento y monitorización estrecha con pruebas complementarias seriadas de acuerdo a la evolución clínica de la paciente lo que permitió detectar la presencia de una perforación y absceso teniendo que intervenir a la paciente mediante laparotomía para realización de intervención de hartmann. En el momento que se detectó un deterioro clínico fue estudiada encontrando el origen y llevando a cabo el tratamiento recomendado en las guías clínicas, por tanto, se considera una actuación acorde a la lex artis.

5)Tras la cirugía presentó una evolución tórpida condicionada por sus patologías de base (episodio de taquicardia sobre cardiopatía ya conocida y epilepsia focal de probable causa vascular), sin embargo, se pudo tratar cada episodio de forma satisfactoria hasta el alta de la paciente en situación de estabilidad clínica y hemodinámica.

6)En las últimas valoraciones por el equipo de atención primaria se describe que la paciente presentaba una situación basal y clínica acorde a su edad y comorbilidades, deambulaba con andador quedando reflejado incluso una mejoría evidente de su estado general».

De todo ello se concluye que también fue conforme a la *lex artis* el tratamiento posterior dispensado a la paciente tras la perforación sufrida.

5. Conforme a todo lo expuesto, cabe concluir que los servicios asistenciales actuaron en todo momento conforme a la *lex artis*, habiendo sido la paciente adecuadamente tratada en cada momento, tanto en la realización de la colonoscopia, como posteriormente, tras surgir la complicación -asumida por la reclamante en el consentimiento informado-, de conformidad con la clínica que iba presentando, y teniendo en cuenta siempre sus antecedentes.

Por todo ello, no existe nexo de causalidad entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento de la Administración.

6. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por la interesada (...).

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a derecho la Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria.