Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de junio 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 199/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría 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. La cuantía indemnizatoria reclamada por el interesado [161.558,11 € -folios 8, 9 y 11-] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC-, 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-.

En cuanto a la preceptividad del dictamen, es necesario advertir que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para el año 2025 ha modificado la LCCC mediante su Disposición final sexta, estableciendo lo siguiente:

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

«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».

Por lo que, vista la cuantía indemnizatoria reclamada, el dictamen de este Consejo Consultivo de Canarias resulta preceptivo.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y 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.

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 [BOC, 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.

De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que el reclamante ostenta la condición de interesado al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

Asimismo, se extrae de las actuaciones que el interesado -(...)- actúa a través de la representación de su abogado -(...)-; constando debidamente acreditado en el expediente el poder de actuación de este último [art. 5 LPACAP].

5.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente, al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP]. Circunstancia ésta que no es cuestionada por la Propuesta de Resolución.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado 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. 21.1 y 6 LPACAP].

II

En cuanto a la tramitación del procedimiento administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito con registro de entrada de 29 de mayo de 2024, (...), actuando en nombre y representación de (...), interesa la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada al Sr. (...).

A este respecto, el interesado manifiesta lo siguiente en su escrito de reclamación:

«ALEGACIÓN PRELIMINAR. OBJETO DE LA RECLAMACIÓN.

El presente documento tiene por objeto la reclamación de la (...) responsabilidad patrimonial en que incurre el SCS por su mal funcionamiento. (...) .

Este mal funcionamiento se concreta, de una parte, en la inexistencia de un documento de consentimiento informado relativo a la cirugía programada del día 14 de noviembre de 2012, en la que se realizó al paciente una laparotomía media suprainfraumbilical, y una sigmoidectomía. Sin especificación de la técnica quirúrgica a practicar, alternativas, riesgos, etc (...), lo que implica, per se, un supuesto de mala praxis ad hoc; y, de otra; en el olvido de una gasa quirúrgica en el interior del paciente en el momento de finalizar dicha cirugía.

Por lo que, tras detectarse la presencia del cuerpo extraño intrabdominal en nueva prueba diagnóstica, el paciente tuvo que ser sometido a cirugía urgente el 8 de junio de 2023. Con extracción de la gasa quirúrgica y cápsula de la misma.

El daño irrogado al paciente guarda una relación de causalidad clara y directa con el deficiente funcionamiento de la administración demandada, no pudiendo achacarse a ningún otro evento, a un hecho fortuito, a una causa de fuerza mayor, ni tampoco a un daño que el reclamante tenga el deber jurídico de soportar.

PRIMERO. Paciente con los antecedentes quirúrgicos de apendicectomía abierta; hernioplastia inguinal bilateral por hernias inguinales recidivadas; y seguimiento por enfermedad cólica diverticular con controles endoscópicos desde el año 2011, que consultó por dolor abdominal y se le diagnostica de diverticulitis aguda mediante ecografía abdominal.

Se le realizan controles posteriores mediante colonoscopia, la primera; con fecha de 26/9/12, en la que se evidenció enfermedad diverticular en colon sigmoide y un pólipo pediculado que se reseca. Con estudio anatomopatológico de adenocarcinoma de bajo grado creciendo sobre adenoma velloso que infiltra la submucosa alcanzando el borde de resección, sin evidencia de invasión vascular.

Posteriormente, se le repitió colonoscopia el día 8/10/12, por los hallazgos anatomopatológicos de afectación del margen, en la que se visualizó la cicatriz de polipectomía, de la que se tomó biopsia y se realizó tinción con tinta china de la zona para su localización. El resultado anatomopatológico es de ausencia de malignidad.

Dada la afectación del margen de la polipectomía endoscópica, al paciente se le indicó nueva cirugía. Se le completó el estudio con TAC de abdomen, en el que por la cantidad del material fecaloideo en el marco cólico, no pudo descartarse la existencia de otras lesiones polipoideas, aunque en la porción proximal del sigma se identificó un pólipo pediculado que es discretamente hipertenso, de 1 cm de diámetro, probablemente en relación con neoplasia conocida. Concluyéndose que la neoplasia podía corresponderse con un estadio T1-1N0M0.

El 14/11/20212, paciente fue sometido a cirugía programada en la que se realizó laparotomía media suprainfraumbilical; sigmoidectomía desde el promontorio mediante grapadora lineal (EndoGía); y anastomosis colorrectal con grapadora circular (CEA 31), con salida de rodetes completos durante el grapado, además de ileostomía lateral de protección.

El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de colon sin evidencia de tumor y presencia de material compatible con tinta china en mucosa, muscular y subserosa. Observándose nueve ganglios presentes sin infiltración tumoral. El paciente presentó una evolución favorable, siendo dado de alta a domicilio el día 23/11/12.

Más adelante, se le solicitó TAC abdominopélvico por sensación de tensemo, con sospecha de colección pélvica, dicha prueba diagnóstica se realizó el 8/1/13, sin que se le administrase al paciente contraste intravenoso. Los hallazgos del TAC revelaron cambios postquirúrgicos con anastomosis colorrectal, sin identificarse signos de recidiva tumoral local. No se identificaron colecciones, ni líquido libre, ni tampoco otros hallazgos significativos. Ileostomía en asa de protección en fosa ilíaca derecha sin cambios.

El paciente fue sometido a cirugía para cierre de la ileostomía de protección el día 6/5/13. Se le realizó incisión pariestomal media longitudinal; se disecó el íleon y se resecó mediante grapadora lineal (EndoGía); y se realizó anastomosis mecánica isoperistáltica ileoileal mecánica con EndoGia. El resultado anatomopatológico del íleon resecado resultó compatible con cambios postquirúrgicos sin otros hallazgos.

En fecha 16/03/2015, al paciente se le realizó control endoscópico mediante colonoscopia, en la que se evidenció anastomosis quirúrgica de aspecto normal. El día 5/11/2018, se le practicó otro control mediante colonoscopia, en la que se evidenció aspecto marronáceo de toda la mucosa cólica sugestiva de melanosis coli. Visualizándose anastomosis quirúrgica de aspecto normal y hemorroides internas.

Al paciente se le solicita control mediante TAC abdominal por síntomas de carácter miccional y molestias abdominales, con sospecha de divertículos vesicales o hidronefrosis, y que se realizó el día 12/12/22, con hallazgo de hernia inguinal izquierda con asas intestinales en su interior sin otros hallazgos de interés.

El día 6/6/23, el paciente acudió a urgencias por dolor abdominal en flanco izquierdo, por lo que se le solicitó TAC urgente el mismo día con hallazgo de engrosamiento mural circunferencial del colon proximal a la anastomosis quirúrgica de 7,5cm aproximadamente, con varios divertículos en su pared con cambios inflamatorios en su pared, compatible con diverticulitis aguda no complicada.

De nueva aparición, se destacó una imagen ovoidea de 6x5,5x6,5cm, muy bien delimitada y heterogénea, con presencia de imágenes lineales metálicas en su seno, con paredes gruesas, situada en hemipelvis izquierda (en la vecindad del segmento de la diverticulitis descrita, aunque sin aparente relación con la misma). Condicionando ligera impronta sobre la pared izquierda de la vejiga. Dichos hallazgos fueron sugestivos de considerarse gasoma como primera posibilidad.

El paciente fue sometido a cirugía urgente el día 8/6/23, por la presencia del cuerpo extraño intrabdominal. Se realizó la extracción de una gasa quirúrgica y cápsula de la misma. Finalmente, el paciente fue dado de alta el día 12/6/23 sin más complicaciones.

(...)

TERCERO. De acuerdo con lo ya aducido en nuestra alegación preliminar, el funcionamiento defectuoso de la administración se concreta, de un lado, en la inexistencia en la Hª Clínica entregada al paciente, de un documento de consentimiento informado relativo a la cirugía programada del día 14 de noviembre de 2012, en la que se le realizó una laparotomía media suprainfraumbilical, y una sigmoidectomía. Sin especificación de la técnica quirúrgica a practicar, alternativas, riesgos, etc (...), lo que implica, per se, un supuesto de mala praxis ad hoc y, de otra, en el olvido de una gasa quirúrgica en el interior del paciente en el momento de finalización de dicha cirugía.

A resultas de los anterior, tras detectarse la presencia del cuerpo extraño intrabdominal en nueva prueba diagnóstica, el paciente tuvo que ser sometido a cirugía urgente el 8 de junio de 2023. Con extracción de la gasa quirúrgica y cápsula de la misma.

El daño irrogado al paciente guarda una relación de causalidad clara y directa con el deficiente funcionamiento de la administración demandada, no pudiendo achacarse a ningún otro evento, a un hecho fortuito, a una causa de fuerza mayor, ni tampoco a un daño que el reclamante tenga el deber jurídico de soportar.

CUARTO. En definitiva, que por parte del SCS se ha ocasionado un daño real, individualizable, evaluable económicamente, antijurídico, no imputable a ninguna causa de fuerza mayor, y que el paciente no tenía la obligación jurídica de soportar, por lo que debe de ser reparado mediante indemnización, siendo el perjudicado el aquí reclamante.

Se establece la indemnización total en la cantidad total de 161.558,11 €, atendiendo a la aplicación de los criterios de las tablas indemnizatorias del baremo de tráfico actualizadas al año 2023, y todo ello, sin perjuicio de la modificación que dicha cantidad pueda experimentar en un futuro por la adecuación de los daños».

2. La reclamación extracontractual es admitida a trámite mediante resolución administrativa de 21 de junio de 2024, acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, 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; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

La resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma al representante del interesado.

3. Con fecha 19 de febrero de 2025 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP-, informe médico sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente, reconociendo la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y cuantificando el importe de la indemnización a satisfacer.

4. Con fecha 24 de febrero de 2025 -notificado al representante del interesado el día 5 de marzo de 2025- se formula requerimiento al reclamante para que aporte los medios de prueba de los que intenta valerse.

Una vez transcurrido el plazo legalmente conferido al efecto, el interesado no presenta nuevos medios de prueba.

5. Con fecha 28 de marzo de 2025 se dicta acuerdo probatorio por el que *« (...) se incorpora como prueba Documental la aportada con el escrito de reclamación consistente en documentación obrante en su Historia Clínica»* y se acepta la prueba documental propuesta por la Administración:

• Informe del SIP.

• Copia de la historia clínica obrante en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN).

• Informe emitido por el Dr. (...), Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva en el HUGCDN.

El acuerdo probatorio fue puesto a disposición del representante del interesado el día 1 de abril de 2025. Una vez transcurridos diez días naturales desde la puesta a disposición de la notificación sin que, por parte del representante del interesado, se accediese a su contenido, se entiende rechazada por éste y cumplida la obligación a que se refiere el art. 40.4 LPACAP -en relación con el art. 43, apartados 2 y 3 de ese mismo texto legal-.

6. Con fecha de 28 de marzo de 2025 se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriendo al reclamante un plazo de diez días a fin de que pudiese formular alegaciones y aportar los documentos y justificaciones que estimase convenientes.

El trámite de vista y audiencia fue puesto a disposición del representante del interesado -a través de la sede electrónica de la Administración- el día 2 de abril de 2025. Una vez transcurridos diez días naturales desde la puesta a disposición de la notificación sin que, por parte del representante del interesado, se accediese a su contenido, se entiende rechazada por éste y cumplida la obligación a que se refiere el art. 40.4 LPACAP -en relación con el art. 43, apartados 2 y 3 de ese mismo texto legal-.

7. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

8. Con fecha 15 de abril de 2025 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se estima parcialmente *« (...) la reclamación formulada por (...) actuando en nombre y representación de (...) al concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, reconociendo su derecho a percibir una indemnización por importe de (...) 7.237,76 €»*.

9. Mediante oficio de 28 de abril de 2025 [con registro de entrada en este Organismo consultivo ese mismo día], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

III

1. La Propuesta de Resolución analizada estima parcialmente la reclamación interpuesta por el interesado, al entender que concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud; si bien, disiente de la valoración del daño efectuada por el reclamante y propone otra en su lugar.

2. Este Consejo Consultivo ha manifestado, de forma reiterada, lo siguiente [Dictamen 200/2025, de 12 de mayo, entre otros muchos]:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala 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, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación".

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) "que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración".

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

"Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria".

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento».

3. Una vez examinado el contenido del procedimiento instruido, así como los argumentos jurídicos expuestos por el órgano instructor, se entiende que en el presente caso concurre la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, al apreciarse la inexcusable relación de causalidad entre el deficiente funcionamiento de los servicios médicos del Servicio Canario de la Salud y el daño sufrido por el reclamante, lo que se fundamenta en las conclusiones alcanzadas por el SIP, dada la historia clínica del paciente y los informes médicos obrantes en el expediente.

A este respecto, procede traer a colación lo manifestado por el SIP en su informe de 19 de febrero de 2025 [y que sirve de fundamento a la Propuesta de Resolución formulada por el órgano instructor *ex* art. 88.6 LPACAP]:

«1. Según historia clínica, informes, y, documentación aportada, el paciente con fecha de nacimiento 30/03/1959, tiene antecedentes personales quirúrgicos entre los que destacan:

- En fecha 14/11/2012, se le realiza sigmoidectomía (se extirpa segmento de intestino grueso que está entre el colon descendente y el recto) e ileostomía (abertura creada en pared abdominal para la salida de las heces hacia una bolsa) de protección debido a pólipo en sigma con presencia de células neoplásicas.

- En fecha 06/05/2013, se procede al cierre de ileostomía (queda restituido el tránsito intestinal normal).

- En fecha 08/11/2018, se le realiza hernioplastia inguinal izquierda por hernia inguinal izquierda recidivada (operada previamente hacía 8 años).

- En fecha 16/07/21, es operado de hernia inguinal derecha mediante hernioplastia.

- En fecha 08/06/23, se le realiza exéresis de gasa quirúrgica y su cápsula a nivel preperitoneal izquierdo en situación retromuscular.

- En fecha 09/02/24, se le realiza intervención de recidiva de hernia inguinal bilateral.

2. El paciente basa su reclamación, sustancialmente, en el olvido de una gasa quirúrgica en la intervención quirúrgica realizada el 14/11/12, de sigmoidectomía.

3. La intervención de sigmoidectomía le fue realizada sobre un pólipo, con presencia de células cancerosas en el colon sigmoides (segmento de intestino grueso entre el colon descendente y el recto, que se encuentra dentro de la cavidad abdominal), para el cual se realizó el tratamiento que normalmente se realiza, una vez el paciente fue informado de la intervención, de sus ventajas e inconvenientes, y este fue aceptado, lo cual está detallado en el informe del servicio de Cirugía.

4. En su caso, durante la intervención, según figura en el informe de actividad quirúrgica, se deja constancia de que el contaje de compresas es completo (correcto), siendo la evolución tras dicha cirugía satisfactoria, lo que permitió que el paciente volviera a la normalidad con el cierre definitivo de la ileostomía, constando en controles posteriores tal como se recoge en el relato del reclamante, un estudio TAC abdominopélvico de fecha 08/01/2013, donde no se objetiva ningún hallazgo significativo, ni tampoco se menciona hallazgo de cuerpo extraño alguno.

5. Posteriormente, y, sin relación ninguna con la intervención de sigmoidectomía, el paciente es diagnosticado en consultas de Cirugía de hernia inguinal izquierda recidivada el 06/02/2018, quedando en lista de espera quirúrgica una vez el paciente es informado y acepta operarse. La cirugía se realizó teniendo el paciente 59 años, el 08/11/2018, mediante hernioplastia inguinal izquierda, siendo su evolución favorable tanto postquirúgico inmediato como en su seguimiento posterior, siendo su alta de la consulta el 13/02/19, estando asintomático y sin recidiva herniaria.*

*6. *La hernia inguinal es un defecto de la pared abdominal por donde en algunos casos se desliza alguna víscera u órgano. La única alternativa eficaz para corregir la hernia es mediante intervención quirúrgica. Se estima una recurrencia de hasta el 10% de las hernias primarias y de hasta un 25% en las recidivantes.*

7. Sin que hubiera ninguna consulta anterior en relación con sintomatología achacable a la cirugía de la hernia (08/11/2018), el paciente, acude el 06/06/23, al servicio de urgencias hospitalario (HUGCDN) por cuadro de dolor abdominal hipogástrico y en fosa iliaca izquierda desde el día anterior. El paciente refirió haber tenido tres días antes diarreas sin productos patológicos de forma autolimitada, sin otra sintomatología acompañante.

8. A la exploración presenta buen estado general, con dolor a la palpación abdominal en zonas aludidas, pero con abdomen blando y sin apreciarse signos de irritación peritoneal (no abdomen quirúrgico, es decir no clínica que precise de cirugía en esos momentos). Permanece en observación en el servicio de urgencias mientras se le realizan estudios diagnósticos.

9. Se realiza TAC abdominal donde se objetivan varios divertículos en el colon con cambios inflamatorios en su pared compatible con diverticulitis aguda no complicada. De nueva aparición, se destacó una imagen ovoidea de 6x5,5x6,5cm, muy bien delimitada y heterogénea, con presencia de imágenes lineales metálicas en su seno, con paredes gruesas, situada en hemipelvis izquierda (en la vecindad del segmento de la diverticulitis descrita, aunque sin aparente relación con la misma). Condicionando ligera impronta sobre la pared izquierda de la vejiga. Dichos hallazgos fueron sugestivos de considerarse gasoma como primera posibilidad.

10. En notas de Cirugía del 07/06/23 a la 01:07 horas, consta buen estado general, estando el abdomen blando, no timpánico ni distendido, no doloroso a la palpación superficial, con molestias a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal, y sin objetivarse masas claramente palpables. Queda anotado por Cirugía: en TAC abdominal presenta diverticulitis aguda sigmoidea no complicada y cambios inflamatorios en región inguinal izquierda. Dada su estabilidad se consensúa con el paciente, debido a su situación familiar, alta a domicilio y reacudir a este centro hospitalario al día siguiente. Le queda prescrito antibioterapia con augmentine 875-125mg c/8h.

11. Se cumple lo acordado, constando en evolutivo de Cirugía de fecha 08/06/23 (15:26 horas): se encuentra bien con molestias en región inguinal bien toleradas, en exploración abdominal se aprecia abdomen blando y depresible (no presencia de abdomen agudo o que precise de cirugía urgente), e induración en fosa ilíaca izquierda. Dado cambios inflamatorios en zona inguinal izquierda e induración en fosa iliaca izquierda, se decide intervención quirúrgica que el paciente acepta, luego de ser informado, quedando firmado el consentimiento informado.

12. No existiendo gravedad ni urgencia evidente en ningún momento, le es realizada ese mismo día intervención quirúrgica mediante laparotomía exploratoria con exéresis de gasa quirúrgica y su cápsula. No hubo incidencias operatorias ni complicaciones postquirúrgicas, siendo su alta hospitalaria el 12/06/23.

13. Según historia clínica e informe del Servicio de Cirugía, los hallazgos radiológicos sitúan la gasa en una zona anatómica que no fue abordada quirúrgicamente en la cirugía de sigmoidectomía (de extirpación de colon sigmoides) donde se localizaba el pólipo canceroso.

La gasa se encontraba a nivel preperitoneal izquierdo, es decir, fuera de la cavidad abdominal, dato del cual queda constancia en la hoja quirúrgica. Por tanto, todos los datos nos llevan a concluir que, la gasa se dejó inadvertidamente no en la operación de extirpación

de sigmoides, sino en la operación realizada sobre la hernia inguinal izquierda recidivada de fecha 08/11/2018.

14. Una gasa retenida puede permanecer años dentro del cuerpo, sin producir lesiones o sintomatología alguna, sobre todo, cuando se sitúa fuera de la cavidad abdominal, si bien, a veces, puede ocasionar problemas.

15. En este caso vemos que, el descubrimiento fue incidental durante los estudios de imagen realizado con motivo de un proceso de diverticulitis aguda. Si bien, su proceso de diverticulitis solo precisaba tratamiento con antibióticos, como es lo habitual, en su caso, ya que el paciente estaba hospitalizado, se optó por la retirada quirúrgica de dicha gasa con su autorización.

16. Se conoce que, en toda intervención quirúrgica se tienen en cuenta una serie de medidas para que una gasa no quede retenida. Son medidas habituales el contaje de gasas antes y después de una intervención, inclusión de material radioopaco para su identificación en estudios radiológicos, entro otras, pero a pesar de todas las medidas aplicadas es un riesgo que a veces ocurre, como así ha ocurrido en este caso».

A partir de lo señalado anteriormente, el SIP formula las siguientes conclusiones, informando favorablemente al reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria:

«1. El descubrimiento de la gasa fue incidental durante los estudios de imagen realizado con motivo de un proceso de diverticulitis aguda. Los estudios de imagen y la propia operación para su retirada evidencian que su localización era a nivel preperitoneal izquierdo, es decir, fuera de la cavidad abdominal, por tanto, no guarda relación con la cirugía de sigmoidectomía, sino con la de hernia inguinal izquierda en noviembre de 2018.

2. La gasa no tiene ninguna relación con las múltiples recidivas herniarias, que son causa de debilidad de la pared abdominal, y que no solo las ha presentado en la zona inguinal izquierda en cuestión, sino también en el lado derecho.

3. Una vez se supo de la gasa inadvertidamente olvidada, se optó por su retirada quirúrgica con aceptación por parte del paciente».

De esta manera, y como señala expresamente el órgano instructor en su Propuesta de Resolución, *« (…) se objetiva la existencia de responsabilidad patrimonial al haberse reconocido en los informes incorporados al expediente la presencia de una gasa retenida a nivel preperitoneal izquierdo que guarda relación con la cirugía de hernia inguinal de noviembre de 2018 y que requirió se (sic) retirada mediante una intervención quirúrgica».* Por lo que procede el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados al paciente como consecuencia de la mala praxis sanitaria descrita en las líneas precedentes.

4. Afirmada la concurrencia de responsabilidad patrimonial por parte del Servicio Canario de la Salud, procede el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados al interesado en los términos definidos por la Propuesta de Resolución, cuyo cálculo y cuantías no sólo se entienden adecuadas, sino que, además, no han sido cuestionadas y/o rebatidas por el reclamante durante el trámite de vista y audiencia del expediente.

Por lo demás, se ha de actualizar la cuantía final de la indemnización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización, los cuales se exigirán con arreglo a la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, de conformidad con lo establecido en el art. 34.3 LRJSP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...), en nombre y representación de (...), se entiende que es conforme a Derecho en atención a los razonamientos expuestos en el Fundamento III de este Dictamen.