Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 8 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 21 de enero de 2026.

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. 530/2025 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 -en adelante, SCS-, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial que se dice derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por la interesada [180.000 euros] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la 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-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución 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

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

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 SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la citada 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 SCS, está delegada en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. Por ello, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del SCS, 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 cuanto a la legitimación activa, teniendo la reclamante la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

5.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente, al SCS, 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 LPACAP], toda vez que la reclamación se presenta el día 23 de noviembre de 2022 en relación con un hecho lesivo acaecido a partir de una intervención quirúrgica practicada el 19 de junio de 2020, si bien no recibió el alta médica hasta el 10 de mayo de 2022. Teniendo pues en cuenta esta última fecha la reclamación se ha presentado dentro del plazo de un año legalmente establecido.

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 puede y debe resolver expresamente [art. 21 LPACAP].

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, según alega, por el anormal funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada con ocasión del padecimiento de un pólipo con displasia que requirió intervención quirúrgica.

Fundamenta su reclamación en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO. - Con fecha 6 de noviembre de 2019 me hicieron una colonoscopia en el Hospital Insular. Ingresé en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del referido Hospital para ser sometida a una intervención quirúrgica programada. Esta intervención me fue realizada el día 19 de junio de 2020 (casi 8 meses después de la colonoscopia).

SEGUNDO.- Desde la mencionada intervención qurúrgica hasta el 4 de noviembre de 2021 que me hicieron la segunda operación (un año y cinco meses después), no he tenido un control adecuado de la enfermedad, ni me han prescrito la medicación que necesitaba (supositorio claversal), en este periodo de año y medio solo he tenido tres visitas al médico de escasos cinco minutos cada una, la primera con mi médico (...), que decidió no recetarme y que no me tomara el supositorio claversal (desde el 19 de junio de 2019 hasta la fecha de la segunda intervención referida no tomé dicho medicamente por prescripción médica) y las otras dos con el médico sustituto del primero.

TERCERO. - En esta segunda operación no pudieron empatar el colon con el recto, por la inflamación que presentaba, y ello provocado porque previamente me habían suprimido la toma del supositorio claversal. Antes de hacer dicha intervención quirúrgica no hicieron una colonoscopia para poder saber la situación actual del colon, dado que la última colonoscopia me la hicieron el 21 de enero de 2021, once meses antes de la operación.

CUARTO. - A resultas de la asistencia recibida se me han producido los siguientes daños: me ha quedado una colostomía, inflamación del recto, padezco muchos dolores abdominales, vómitos, sangrado y sufrimiento.

En la actualidad no se han estabilizado las secuelas (desconozco si la colostomía es permanente o temporal) dado que me han dicho varios doctores que es complicado hacer la reconstrucción de colon por la referida inflamación del recto, negándose a operarme por dicho motivo hasta la fecha, pero sin confirmarme si la colostomía será temporal o permanente.

QINTO.- En ningún momento se me informó como paciente de los riesgos que comportaba la operación a la que se me iba a someter. No se me informó que me podía quedar con colostomía toda mi vida, todo lo contrario, se me dijo que sería provisional por

unos seis meses. Tampoco me informaron de la posibilidad de que no se pudiera empatar el colon con el recto, ni que podrían surgir complicaciones (la inflamación del recto) que hicieran complicado y no aconsejable la reconstrucción del colon.

Únicamente se me invitó a firmar, como exigencia previa a la intervención, un documento, sin oportunidad siquiera de leerlo, señalándome que se trataba del consentimiento a la intervención. Si se me hubiera informado correctamente no me hubiera hecho la operación.

Se me ha privado de información completa, verbal y escrita, sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (...)

(...)

Se trató, en suma, de un consentimiento dado sin la previa y preceptiva información que hubiera sido absolutamente necesaria para que tal consentimiento hubiera sido efectiva y realmente otorgado».

2. La interesada solicita una indemnización de 180.000 euros por el daño físico, y también psíquico y moral, sufrido.

III

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

- La reclamación de responsabilidad patrimonial formulada contra la Administración sanitaria se interpone mediante escrito con registro de entrada en el SCS el día 23 de noviembre de 2022.

- Con fecha de 29 de noviembre de 2022, se efectúa requerimiento a la interesada, a fin de subsanar el escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesto.

Consta que dicho requerimiento fue debidamente notificado mediante correo postal el 1 de diciembre de 2022, sin que fuera atendido por la reclamante en el plazo otorgado.

- Con fecha 3 de abril de 2023 se admite a trámite la reclamación presentada, se ordena el inicio del expediente y se resuelve realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución o, en su caso, el acuerdo indemnizatorio que ponga fin al procedimiento.

Constan en el expediente los diversos intentos de notificación de esta Resolución, incluida su publicación en el BOE al ser infructuosos los anteriores.

- En esta misma fecha se solicita informe al Servicio de Inspección (SIP), a la vista de la historia clínica y una vez recabado el oportuno informe del Servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable.

- Con fecha 20 de diciembre de 2023 la interesada presenta escrito de contestación al requerimiento de subsanación efectuado el 29 de noviembre de 2022 en el que autoriza el acceso a su historia clínica, propone medios de prueba y manifiesta que desea ser notificada mediante correo ordinario.

- Con fecha 25 de junio de 2024 el SIP remite su informe, la historia clínica de la paciente y las notas del Servicio de Cirugía General obrantes en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI), así como los informes de los Servicios de Digestivo y de Cirugía General y Digestiva del citado complejo hospitalario.

- Con fecha 2 de julio de 2024 se dicta acuerdo probatorio por el que se admiten las pruebas propuestas, si bien, toda vez que se trata únicamente de prueba documental que ya se encuentra incorporada al expediente, no se abre plazo especial para su aportación y se ordena que se pase al siguiente trámite en el procedimiento.

Seguidamente, y en esta misma fecha, se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia a la interesada.

Consta en el expediente los intentos de notificación de estos actos, que resultaron infructuosos, hasta su publicación -nuevamente- en el BOE.

- Con fecha de 11 de diciembre de 2024 y una vez concluido sobradamente el trámite de audiencia, la reclamante presenta escrito y manifiesta que por encontrase fuera de la isla no pudo recoger las notificaciones que, en relación con su procedimiento, le fueron cursadas, solicitando audiencia para consultar el expediente.

Con fecha de 23 de septiembre de 2025, se le confiere nuevamente trámite de audiencia por un plazo de diez días a contar desde la notificación, a fin de que pudiera formular alegaciones y aportar los documentos y justificaciones que tuviese por conveniente. Tras dos intentos de notificación personal y en sede electrónica, dicha notificación fue objeto de publicación en el BOE de 18 de noviembre de 2025.

Una vez transcurrido el plazo otorgado al efecto, no consta la formulación de alegaciones.

- No se emite el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias, según se justifica en la Propuesta de Resolución, 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, y ello *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.

- Con fecha 3 de diciembre de 2025 se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del SCS por la que se plantea desestimar la reclamación formulada por la interesada al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

- Se ha solicitado finalmente el dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. La Propuesta de Resolución es desestimatoria de la reclamación interpuesta, por entender que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

2. Este Consejo Consultivo ha manifestado, de forma reiterada, lo siguiente [Dictamen 200/2025, de 12 de mayo, entre otros muchos], sobre la regulación legal de la responsabilidad patrimonial de la administración, derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP:

«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 el mismo Dictamen recuerda también el Consejo su doctrina sobre la especificidad y peculiaridad de la responsabilidad en el caso de la asistencia sanitaria:

«En este sentido la STS 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 TS 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, a la luz de tales preceptos legales y de la jurisprudencia y doctrina citadas, el contenido del procedimiento instruido, así como los argumentos fácticos y jurídicos expuestos por el órgano instructor, se concluye que en el presente caso no es posible atribuir responsabilidad patrimonial a la Administración sanitaria, al no apreciarse la inexcusable relación de causalidad que ha de mediar entre el funcionamiento del servicio y el daño sufrido por la reclamante, lo que se fundamenta en las conclusiones alcanzadas por el SIP, dada la historia clínica de la paciente y los informes médicos obrantes en el expediente.

A este respecto, procede traer a colación e incluso transcribir, al menos en lo esencial, lo expuesto y explicado razonadamente por el SIP en su informe de 25 de junio de 2024 [que sirve de fundamento a la Propuesta de Resolución formulada por el órgano instructor, *ex* art. 88.6 LPACAP]:

«(…), nacida el día 17 de febrero de 1973, con 47 años de edad en el momento de los hechos. Diagnosticada de Colitis Ulcerosa en 2004 en seguimiento por la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Servicio de Digestivo del CHUIMI desde el año 2014 por Colitis ulcerosa izquierda, proctosigmoiditis ulcerosa.

Con adherencia irregular al tratamiento que sigue con Mesalazina + Prednisona + supositorios de Claversal. Padece de anemia ferropénica secundaria en tratamiento con hierro (Fe) oral altas dosis y periódicamente Fe intravenoso. Además presenta una radiculopatía en miembro superior derecho secundaria a fusión congénita de dos vertebras.

El término enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos trastornos de etiología desconocida, la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), que se definen según criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. Ambas cursan de forma crónica con brotes de actividad inflamatoria. La CU afecta exclusivamente a la mucosa del colon en extensión variable, generalmente de predominio distal, de forma continua. La EC es un trastorno inflamatorio crónico transmural que puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano con carácter discontinuo. En los casos en que es imposible diferenciar entre CU y EC se habla de colitis indeterminada (CI)".

Los síntomas más frecuentes de la colitis ulcerosa son: diarrea líquida y frecuentemente sanguinolenta o con moco asociada a urgencia, tenesmo, dolor abdominal cólico, fiebre y pérdida de peso". (1)

Durante el desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal, se pueden presentar complicaciones, tanto intestinales (oclusión intestinal, deficiencias nutricionales, etc.), como extraintestinales (dermatológicas, reumatológicas, oculares y hepatobiliares, entre otras). La aparición de los síntomas de la enfermedad es impredecible, con periodos de remisión y brotes y, en muchos casos, llegan a requerir hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas. La cronicidad de la enfermedad, los controles periódicos, un tratamiento farmacológico adecuado y la posible necesidad de exploraciones endoscópicas o intervenciones quirúrgicas tienen una gran repercusión en la vida familiar, laboral y social del paciente, y condicionan considerablemente su percepción de salud y su calidad de vida.

2.- Por su médico de familia en abril de 2019 se solicita control colonoscópico.

El día 21 de agosto de 2019 se realizó colonoscopia en el CHUIMI por el Servicio de Digestivo. Se observó proctosigmoiditis ulcerosa y a 20 cm del margen anal se localiza una lesión plana de extensión lateral y componente mixto de aproximadamente 5 x 2 cm de diámetro, inextirpable mediante resección mucosa endoscópica.

La biopsia mostró una mucosa de intestino grueso con moderada inflamación crónica y aguda, y la presencia de cambios adenomatosos con displasia moderada, categoría 3 de la clasificación de Viena.

La relevancia clínica del diagnóstico de displasia radica en que las lesiones displásicas son el marcador de que un cáncer invasivo puede desarrollarse en un futuro próximo o, aún más importante, que ya está presente.

3.- El Comité de Enfermedad de Inflamatoria Intestinal (EII) recomendó una nueva endoscopia para valorar el grado de inflamación y/o presencia de displasia cercana al pólipo mediante toma de biopsias.

4.- El día 6 de noviembre de 2019 se realizó la colonoscopia y se explora desde margen anal hasta unión recto-sigma donde se observa la lesión ya visualizada previamente. Se revalora la lesión y se decide que por sus características no es candidata a polipectomía endoscópica y se toman 4 biopsias de márgenes perilesionales así como de la lesión.

EL 03/02/2020 por Colitis ulcerosa quiescente que se caracteriza por presentar fibrosis, cicatrización submucosa y marcada pérdida de criptas, con distorsión arquitectural, se descarta por el Servicio de Digestivo como opción de tratamiento la mucosectomía submucosa para extirpar la lesión displásica y se deriva el caso al Servicio de Cirugía General.

Se presenta nuevamente en Comité de Enfermedad inflamatoria para decidir mejor actitud a seguir. El día 27 de febrero de 2020 tras comentar el caso y saber que presenta datos de inflamación y siendo una proctosigmoiditis estable de larga evolución se decidió resección de sigma de la zona del pólipo a cargo del Servicio de Cirugía General.

Esto es, sobre un fondo de colitis ulcerosa presenta un pólipo displásico en sigma que hay que resecar. Hay que considerar que los tumores malignos son la complicación más temida de la enfermedad inflamatoria intestinal y la displasia es un cambio neoplásico inequívoco, es decir, no es cáncer, pero sí es un cambio neoplásico en enfermedad inflamatoria intestinal que hay que tratar. La displasia de alto grado requiere cirugía.

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria de la mucosa colorrectal, comienza a nivel del recto y progresa en forma variable hacia el colon. El riesgo de cáncer colorectal en pacientes con CU es mayor; a los 10 años de enfermedad es de 5-10% y a los 30 años llega al 20%.

5.- En consulta de 3 de marzo de 2020 primera consulta de Cirugía General y consta recogido en la Historia clínica que " (...) La paciente manifiesta su deseo de no ser intervenida hasta junio (...) ." Ello permite afirmar que la paciente fue informada de la intervención a realizar, que podía mostrar su conformidad y formular las cuestiones que deseara.

26.05.20 nueva consulta con Cirugía general Se incluye en lista de espera para resección anterior de recto.

El 2 de junio de 2020 se practica preoperatorio y suscribe documento de consentimiento informado para anestesia.

El día 18 de junio de 2020 11:02 h la paciente ingresa de forma programada para tratamiento quirúrgico.

Existe documento de consentimiento informado para resección segmentaria laparoscópica de colon. Entre los riesgos poco frecuentes y graves figura: " (...) Fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero que a veces precisa una reintervención con la realización de un ano artificial (...) "

El día 19 de junio de 2020 se realizó una resección anterior laparoscópica. Realizan rectoscopia intraoperatoria para confirmar extirpación del pólipo y comprobación neumática de estanqueidad correcta.

El postoperatorio curso tórpidamente con picos febriles e íleo adinámico. Las pruebas realizadas TAC mostraron una dehiscencia de la anastomosis colorrectal que obligó a una nueva intervención urgente el día 26 de junio de 2020 realizándose una operación de Hartmann, creando una colostomía terminal en fosa iliaca izquierda.

Tras buena evolución se dio el alta el día 5 de julio de 2020 y se cita para control en consultas externas del Servicio de Cirugía General y Digestiva.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirmó la presencia en recto de adenoma tubular con displasia intraepitelial de alto grado en el contexto de una Colitis Ulcerosa.

6.- Desde el alta hospitalaria el 5 de julio de 2020 hasta el 4 de noviembre de 2021 se sometió a las siguientes consultas médicas. NO mencionamos los numerosos controles por enfermería y analíticas realizadas: 21.07.20 Cirugía general, 27.07.20 Digestivo, 25.08.20 Cirugía general, 23.11.20 Digestivo, 21.01.21 Digestivo. Se realiza colonoscopia, 01.02.21 Digestivo. Telefónica, 02.02.21 Cirugía general. Se incluye en lista de espera para reconstrucción del tránsito intestinal y se le explica la posibilidad de nueva dehiscencia tras la cirugía, 01.06.21 Cirugía general, 19.07.21 Comité de EII, 30.09.21 Anestesiología. En esa consulta preoperatoria se entrega cuestionario a la paciente que cumplimenta ella misma y en relación con la cuestión 43 ¿Toma algún medicamento? ella manuscribe: "Claversal, Mezavant" y así se recoge en la hoja de preanestesia (...) .

7.- Claversal 500 mg supositorios: Principio activo Mesalazina. Pertenece al grupo de fármacos llamados antiinflamatorios intestinales. Indicado en el tratamiento de la colitis ulcerosa.

Mezavant 1200 comprimidos: Principio activo Mesalazina. Fármaco antiinflamatorio para el tratamiento de la colitis ulcerosa que actúa por todo el colon y el recto tratando la inflamación, reduciendo y previniendo la recurrencia de los síntomas.

8.- A modo de conclusión, no solo siguió un control médico adecuado y continuado sino que tampoco consta que se modificara el tratamiento indicado para la EII, como atestigua su propia declaración

9.- Con preoperatorio adecuado y procedente de lista de espera, el día 3 de noviembre de 2021, 11:03 h, ingresa de forma programada en el CHUIMI para reconstrucción del tránsito intestinal. Existe documento de consentimiento informado.

El día 4 de noviembre de 2021 se realizó una intervención quirúrgica con el objetivo de restablecer el tránsito intestinal y cierre de colostomía. Durante el procedimiento se observó un sangrado profuso a nivel del ano, secundario a una proctitis, con importante friabilidad de la mucosa que impide realizar la anastomosis (unión) colon-recto en condiciones de seguridad. Se decide no continuar con la cirugía dado que está contraindicado realizar una reconstrucción del tránsito gastrointestinal con enfermedad activa por el alto riesgo de complicaciones por lo que se desestima reconstruir el tránsito intestinal.

Durante el ingreso del día 06.11.21 se le plantea como opción quirúrgica realizar panproctocolectomía restauradora, pero la paciente lo rechaza.

El postoperatorio cursó de forma favorable y se dio el alta el día 10 de noviembre de 2021. Se contactó con el Servicio de Digestivo para optimización del tratamiento de su Colitis

Ulcerosa y se citó en consultas externas del Servicio de Cirugía General y Digestiva para control.

10.- El día 26 de noviembre de 2021, 12:19, acudió a urgencias del CHUIMI por presentar vómitos y dolor abdominal. Tras ser valorada por el Servicio de Cirugía General y Digestiva quedó ingresada (27/11/2021 3:35). En las pruebas complementarias realizadas se diagnosticó una hernia paraestomal con paso de asas de intestino delgado a través de colostomía produciendo una obstrucción mecánica simple. No requirió intervención quirúrgica y el ingreso cursó de forma favorable, con buena evolución clínica y analítica. Se dio el alta (29/11/2021) y se cita para control y seguimiento en consultas externas del Servicio de Cirugía General y Digestiva.

16.12.21 en consulta de Cirugía general: " (...) Le planteo panprotocolectomía total restauradora con reservorio íleo-anal pero la paciente presenta desconfianza y no quiere dicha técnica. Desea tratamiento de enfermedad de base y volver a intentar una reconstrucción. Insisto en que no considero que sea la mejor técnica dada la enfermedad y que lo más seguro es la panprotocolectomía (...) ."

La proctocolectomía total restauradora con reservorio ileal y anastomosis anal es la intervención quirúrgica de elección en la poliposis adenomatosa familiar (PAF) y la colitis ulcerosa (CU). El objetivo de esta intervención es: extirpar toda o la mayor parte de la enfermedad del colon, manteniendo una función defecatoria normal evitando así el estoma permanente. Es decir: evita la ileostomía permanente, preserva la función anorectal y elimina el riesgo de cáncer colorectal

11.- 31.01.22: En cita en la Unidad de coloproctología del HUGCDN remitida para segunda opinión consta: " (...) Colitis ulcerosa de larga evolución (más de 10 años), con cirugía colónica por pólipo irresecable en sigma (sigmoidectomia) que fugó. Portadora de colostomía. Intento de reconstrucción en nov 21, que se evitó al evidenciarse signos inflamatorios en muñón rectal. Quiere reconstruirse sin quitarse el colon afecto. Explico que la cirugía que hay que realizar es una panproctocolectomía con reservorio ileorrectal. Y la rechaza. Quiere que se le reconstruya sobre colon enfermo. Explico que ese tipo de reconstrucción será un fracaso dado el riesgo de nueva fuga. Y además ese colon puede degenerar con el tiempo (...) ."

10.05.22 se cursa alta en el Servicio de Cirugía General del CHUIMI: Se le explica a la paciente que la posibilidad de reconstrucción estriba en realizar la panproctocolectomía total con anastomosis ileoanal con reservorio e ileostomía temporal. La paciente se niega a dicha intervención. No citar con Cirugía. Alta de Consultas externas».

Y de la relacionada exposición y los datos y argumentos que contiene, deduce el Servicio de Inspección las siguientes *CONCLUSIONES*, que también es útil transcribir y tener a la vista de modo literal:

«1.- (...) nacida el día 17 de febrero de 1973, con 47 años de edad en el momento de los hechos. Diagnosticada de Colitis Ulcerosa en 2004 en seguimiento por la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Servicio de Digestivo desde el 2014. Con adherencia irregular al tratamiento que sigue y citas de control en consultas externas (última en junio de 2016). Padece de anemia ferropénica secundaria en tratamiento con hierro (Fe) oral altas dosis y periódicamente Fe intravenoso Además presenta una radiculopatía en miembro superior derecho secundaria a fusión congénita de dos vertebras.

2.- Tras colonoscopias del día 21 de agosto de 2019 y del día 6 de noviembre de 2019 se diagnosticó un pólipo con displasia, inextirpable endoscópicamente, de unión rectosigmoidea y una mucosa circundante inflamatoria. El comité de EII del día 27 de febrero de 2020 propuso, como mejor tratamiento, la resección del sigma en la zona del pólipo marcada endoscópicamente.

3.- El día 19 de junio de 2020 se realizó una resección anterior laparoscópica. El postoperatorio curso tórpidamente con picos febriles e íleo adinámico. Las pruebas realizadas mostraron una dehiscencia de la anastomosis colorrectal que obligó a una nueva intervención urgente el día 27 de junio de 2020, realizándose una operación de Hartmann, creando una colostomía terminal en fosa iliaca izquierda.

4.- La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirmó la presencia de Colitis Ulcerosa y en la lesión la presencia de displasia intraepitelial de alto grado. Debido a estos datos, la enfermedad de base (Colitis Ulcerosa) y el hallazgo anatomopatológico, la paciente tiene un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal. (2). El comité de EII aconseja como tratamiento de elección una panproctocolectomia con reservorio ileoanal. La paciente desestima este tratamiento.

5.- A petición e insistencia de la paciente, el día 4 de noviembre de 2021 se realizó una intervención quirúrgica con el objetivo de restablecer el tránsito intestinal y cierre de colostomía. Durante el procedimiento se observó un sangrado profuso a nivel del ano, secundario a una proctitis, con importante friabilidad de la mucosa que impidió realizar la anastomosis (unión) colon-recto en condiciones de seguridad por lo que se desestimó reconstruir el tránsito intestinal.

6.-En noviembre de 2021 acudió a urgencias por presentar un episodio de suboclusión intestinal. Tras ser valorada por el Servicio de Cirugía General y Digestiva se diagnosticó una hernia paraestomal con paso de asas de intestino delgado a través de colostomía produciendo una obstrucción mecánica simple. No requirió intervención quirúrgica y el ingreso curso de forma favorable, con buena evolución clínica y analítica. Se dio el alta y se citó para control y seguimiento en consultas externas del Servicio de Cirugía General y Digestiva.

7.- La paciente fue informada verbal y por escrito, firmando los consentimientos, de todos los procedimientos realizados y las posibles complicaciones.

8.- Tras la lectura y análisis de los hechos se aprecia que (...) en todo momento fue atendida con los medios humanos, diagnósticos y terapéuticos disponibles. La actuación de los médicos que la atendieron fue profesional, prudente y de acuerdo a la ciencia y arte del momento. Las indicaciones de tratamiento estaban respaldadas por el Comité de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del CHUIMI.

9.- Por todo lo expuesto anteriormente se emite un informe desfavorable».

4. Así pues, de acuerdo con los datos obrantes en la historia clínica de la paciente y como es reconocido tanto por el SIP como por la Propuesta de Resolución, y es deducible de los informes de los servicios intervinientes y los demás documentos clínicos del expediente, no se objetiva en este caso la existencia de responsabilidad patrimonial por los daños que según la reclamante le fueron irrogados con ocasión de la asistencia sanitaria prestada para el tratamiento de la colitis ulcerosa que padecía y sus consecuencias, sin que aquellos datos y documentos hayan sido contradichos por ningún otro.

En su escrito de reclamación, la interesada sostiene tanto una defectuosa asistencia sanitaria como una falta de la adecuada información que originó que no emitiera válidamente su consentimiento informado.

Sin embargo, de los informes obrantes en el expediente y particularmente del emitido por el SIP con base, como ya se ha dicho, en la historia clínica de la paciente, resulta que, por el contrario, le fue prestada la asistencia que en cada caso y en cada momento requería, de acuerdo con la patología padecida.

Como señala el SIP, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos trastornos de etiología desconocida, la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), que se definen según criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. Ambas cursan de forma crónica con brotes de actividad inflamatoria. La CU afecta exclusivamente a la mucosa del colon en extensión variable, generalmente de predominio distal, de forma continua. La EC es un trastorno inflamatorio crónico transmural que puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano con carácter discontinuo. En los casos en que es imposible diferenciar entre CU y EC se habla de colitis indeterminada (CI).

Pone asimismo de relieve que durante el desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal, se pueden presentar complicaciones, tanto intestinales (oclusión intestinal, deficiencias nutricionales, etc.), como extraintestinales (dermatológicas, reumatológicas, oculares y hepatobiliares, entre otras). La aparición de los síntomas de la enfermedad es impredecible, con periodos de

remisión y brotes que, en muchos casos, llegan a requerir hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.

La cronicidad de la enfermedad, los controles periódicos, un tratamiento farmacológico adecuado y la posible necesidad de exploraciones endoscópicas o intervenciones quirúrgicas tienen una gran repercusión en la vida familiar, laboral y social del paciente, y condicionan considerablemente su percepción de salud y su calidad de vida y pueden explicar, comprensiblemente, el sufrimiento relatado por la reclamante, que no puede pasarse por alto ni desdeñarse.

En este caso, consta que la paciente fue examinada y valorada en distintas ocasiones, practicándosele colonoscopias en las que se apreció la existencia de un pólipo displásico inextirpable mediante resección mucosa endoscópica, así como inflamación, por lo que se considera la intervención quirúrgica como la mejor actitud a seguir, teniendo en cuenta que «*los tumores malignos son la complicación más temida de la enfermedad inflamatoria intestinal y la displasia es un cambio neoplásico inequívoco, es decir, no es cáncer, pero sí es un cambio neoplásico en enfermedad inflamatoria intestinal que hay que tratar. La displasia de alto grado requiere cirugía».*

Así pues, puede considerarse acreditado que la intervención quirúrgica realizada a la paciente el 19 de junio de 2020 era la indicada ante la enfermedad padecida, resultando además que la anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirmó la presencia en recto de adenoma tubular con displasia intraepitelial de alto grado.

Consta también que el postoperatorio cursó tórpidamente, lo que obligó a una nueva intervención urgente el día 26 de junio en la que se creó una colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda, evolucionado la paciente de forma favorable, con alta el 5 de julio de 2020 y sucesivos controles posteriores por el Servicio de Cirugía General y Digestiva. No resulta del expediente que esta segunda intervención quirúrgica fuera debida a una mala praxis médica.

La paciente además, en contra de lo que indica en su reclamación, recibió tratamiento, y así consta pautado en la historia clínica, con claversal supositorios y mezavat comprimidos (fármacos antiinflamatorios intestinales indicados en el tratamiento de la colitis ulcerosa), sin que haya constancia ni rastro alguno de la supresión de la prescripción de ningún fármaco indicado para su enfermedad.

En cuanto a la asistencia sanitaria posterior, el 4 de noviembre de 2021 se realizó una intervención quirúrgica con el objetivo de restablecer el tránsito intestinal y cierre de colostomía, si bien durante el procedimiento se detectó

sangrado profuso a nivel del ano, secundario a una proctitis, con importante friabilidad de la mucosa que impidió realizar la anastomosis (unión) colon-recto en condiciones de seguridad, por lo que se desestimó reconstruir el tránsito intestinal, dado que, según informa el SIP, está contraindicado realizar una reconstrucción del tránsito gastrointestinal con enfermedad activa por el alto riesgo de complicaciones. Se colige pues que la imposibilidad de llevar a cabo el restablecimiento del tránsito intestinal fue debida al propio estado de la paciente y no a la asistencia sanitaria.

Por último, a la paciente se le planteó la opción quirúrgica de realizar una panproctocolectomía restauradora, que tiene como objetivo «*extirpar toda o la mayor parte de la enfermedad del colon, manteniendo una función defecatoria normal evitando así el estoma permanente. Es decir: evita la ileostomía permanente, preserva la función anorectal y elimina el riesgo de cáncer colorectal*» (Informe del SIP).

Se refiere en detalle que ella fue informada de esta posibilidad en varias ocasiones (6 de noviembre de 2021, 16 de diciembre de 2021, 31 de enero de 2022-con ocasión de una segunda opinión- y 10 de mayo de 2022), pero la paciente lo rechazó.

Resulta de todo ello que la paciente recibió la asistencia sanitaria que en cada momento requería, sin que se haya advertido que las diversas complicaciones que padeció fueran debidas a las intervenciones quirúrgicas o a tratamientos inadecuados, sino a la propia evolución de su enfermedad.

Por último, por lo que se refiere a la falta de información y su repercusión en el consentimiento informado que prestó, tampoco las afirmaciones de la reclamante se compadecen con lo que resulta de la documentación obrante en el expediente, en el que constan los consentimientos informados suscritos por la interesada y, específicamente, el firmado en relación con la cirugía practicada el 19 de junio de 2020, en el que se hace constar, entre los riesgos poco frecuentes y graves: *« (...) Fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero que a veces precisa una reintervención con la realización de un ano artificial (...) ».*

En virtud de todo lo expuesto, se ha de concluir que no se aprecia la concurrencia de relación de causalidad entre la prestación del servicio sanitario y los daños reclamados por la interesada, procediendo la desestimación de su reclamación.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada frente a la Administración sanitaria se considera conforme a Derecho en atención a los razonamientos expuestos en el Fundamento IV.