



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 8 3 / 2 0 1 5

(Sección 1ª)

La Laguna, a 28 de diciembre de 2015.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial por la reclamación de indemnización formulada por C.R.C.C. y C.R.C., por daños ocasionados en la asistencia sanitaria prestada a J.F.R.M., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 490/2015 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia de este Consejo y la preceptividad del dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. Se cumple el requisito de legitimación activa de las reclamantes al pretender el resarcimiento del daño moral sufrido, cuyo origen imputan a la asistencia sanitaria que fue prestada por un centro del Servicio Canario de la Salud al esposo y padre, respectivamente, de las reclamantes.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

Pese a manifestarlo las reclamantes y de recogerse como tal en la Propuesta de Resolución, aquellas no actúan en nombre y representación de J.F.R.M., pues este ha fallecido. Actúan, por el contrario, en nombre y derecho propios por el daño moral sufrido en su propia esfera personal por la pérdida de aquel ser querido.

Se cumple asimismo el requisito de la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, prestatario del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Se cumple igualmente el requisito de no extemporaneidad de la reclamación pues, aunque la misma se presenta el 20 de julio de 2010 en relación con un daño producido el 20 de noviembre de 1999, el cómputo del plazo había quedado interrumpido por la sustanciación de un proceso penal iniciado tras denuncia de la hermana del fallecido el 25 de noviembre de 1999, ante el Juzgado de Instrucción nº 1 de Arrecife, por la que se incoaron las Diligencias Previas nº 1745/1999 en dilucidación de la eventual responsabilidad penal de los médicos implicados. Sólo tras este proceso se conoce que los hechos no tienen relevancia penal, por lo que se intenta la vía administrativa. Así, empieza nuevamente a computarse el plazo desde la notificación a las interesadas del Auto de 22 de julio de 2009, de sobreseimiento provisional y archivo de las actuaciones, de la Audiencia Provincial de Las Palmas de Gran Canaria, con el que concluye el procedimiento judicial, que se produjo el 24 de julio de 2009. Ello se infiere de la interpretación conjunta del inciso final del 142.4 de la 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, aunque se refiere a sentencias que anulen un acto administrativo, que no es el caso, es la referencia de la que podemos disponer para entender cuándo debe empezarse a contar al plazo de prescripción tras la sentencia o resolución judicial. Dice este artículo que “prescribirá al año de haberse dictado la sentencia definitiva”, y el art. 4.2 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), concreta que tras haberse dictado sentencia firme. Ello solo lo sabrá el actor cuando se le notifique según se dispone por el art. 248.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, lo que en este caso ocurre a partir del 24 de julio de 2009.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es 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 15.1 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.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

III

1. El procedimiento administrativo se inicia el 24 de julio de 2010, fecha en la que se presenta el escrito de reclamación por C.R.C.C. y C.R.C., por el que reclama el resarcimiento de los daños presuntamente producidos por la deficiente asistencia sanitaria prestada a su esposo y padre, respectivamente, J.F.R.M.

2. Los hechos en los que las reclamantes basan su pretensión son los siguientes:

«PRIMERO.- A finales del año 1999 mi representado que venía padeciendo molestias en la zona abdominal acudió al Servicio Canario de la Salud del Área de Lanzarote para su consulta, siendo que, una vez fue visto por el especialista que lo trató, (...) diagnosticado de "colelitiasis sintomática", o lo que es lo mismo, de "piedras en la vesícula", resultando necesaria para su tratamiento la práctica de una intervención quirúrgica mediante la técnica de laparoscopia (...).

SEGUNDO.- Tal y como le fue informado a mi representado por los servicios médicos del Servicio Canario de Salud se trataba de "una operación sencilla, mínimamente invasiva (...)". Sin embargo, lo que había sido referido como una "intervención sencilla que requería para su recuperación no más de 24 horas de hospitalización" se convirtió en un largo mes de padecimientos, para acabar finalmente con una defunción provocada por la infortunada relación que el fallecido J.F.R.M. mantuvo con el servicio público sanitario prestado por esa entidad, o lo que es igual, por el defectuoso funcionamiento del mismo.

TERCERO.- Conforme a lo previsto, el día 20 de octubre de 1999 el fallecido J.F.R.M. (...) fue intervenido quirúrgicamente (...) manifestándosele por el equipo médico a mi representado que todo había salido bien y que en breve podría irse a su casa.

Pero lo cierto es que 3 horas después de concluida la intervención quirúrgica (...) comenzó a sentirse indispuerto, (...) cuadro que fue descrito en el informe postquirúrgico de "sudoración, taquicardia, bajada de tensión arterial, palidez, vómito bilioso y de dolor escapular derecho".

(...) (S)in embargo, pese a haberse solicitado reiteradamente por mi representado no fue visto por el médico responsable en ningún momento ni por cualquier otro que allí se encontrase y al que tampoco se le realizó prueba alguna (...).

CUARTO.- Esta preocupante y anómala situación se fue prolongando y agravando durante los cinco días siguientes a la citada intervención (...) pues tal y como consta en los informes postoperatorios el mismo se quejaba y padecía de “dolor en la zona escapular derecha, tenía fiebre, abdomen distendido y diarreas”, sin que en ningún momento durante este angustioso periodo de tiempo se le realizara ninguna ecografía al fallecido J.F.R.M. al que ni siquiera se le realizó una mínima exploración a conciencia para descubrir de dónde provenían los fuertes dolores abdominales y la fiebre, a fin de descartar cualquier posible anomalía (...). (S)in embargo la respuesta de los médicos (...) fue siempre “que no se preocupara, que todo era producto de los gases”, para cuyo tratamiento le fueron suministrados analgésicos (para quitar el dolor) y antipiréticos (para quitar la fiebre), los cuales, como luego veremos al exponer el resultado el informe forense, “no son nada recomendables ante un síndrome doloroso abdominal que cursa con fiebre postquirúrgica hasta que no se tenga un diagnóstico de certeza”, pues modifica considerablemente los síntomas de una eventual enfermedad emergente camuflándola e incluso haciéndola inapreciable.

QUINTO.- Así las cosas, en fecha 25 de octubre de 1999, los servicios médicos de esa entidad pública le dieron el alta médica a mi representado (...).

SEXTO.- (...) Apenas seis horas después de haberle dado el alta médica, aquejado nuevamente de fuertes e insoportables dolores en la zona abdominal previamente intervenida, fue trasladado en ambulancia a Urgencias del Hospital General de Lanzarote (...). Sin embargo, los servicios sanitarios (...) consideraron que el estado del fallecido J.F.R.M. no requería de asistencia alguna, por lo que se limitaron a mantenerlo durante toda una noche en la sala de espera (...) a la que había acudido el paciente con fiebre muy alta (39,7º) en busca de urgente tratamiento, donde por el contrario (...) ni fue atendido ni se le realizó prueba alguna durante toda esa noche sino que simplemente para mantenerlo le fue suministrado un tranquilizante y oxígeno porque su respiración era defectuosa y se asfixiaba (...).

SÉPTIMO.- Al día siguiente fue cuando por fin, y casi como un favor, (...) le fueron realizadas las pruebas oportunas que concluyeron en la “presencia de líquido libre” y “cuadro de peritonitis secundaria a la perforación yeyunal”.

Es por ello que a fin de limpiarle el acceso le fue practicada una 2ª operación de urgencia en fecha 27 de octubre de 1999, siendo ingresado 24 horas en la UCI y después pasó a planta (...). (T)res días después, el 31 de octubre de 1999, es reintervenido por 3ª vez consecutiva por sospecha de “absceso intraperitoneal”, tras lo cual es reingresado nuevamente en la UCI. Pero una vez más, al día siguiente de esta última intervención, comienza a sufrir un cuadro de inestabilidad y es cuando se confirma el diagnóstico de shock

séptico de origen abdominal, acompañado de repercusión de la función respiratoria, renal y leve trastorno de coagulación y que dio lugar a un progresivo deterioro del paciente que reveló los días 4, 6 y 7 del mes de noviembre de 1999 “abundantes colonias de levaduras, bilis y líquido peritoneal”, y, en fin, un empeoramiento de la función respiratoria por lo que deciden nuevamente realizar una nueva intervención, esta vez la 4ª y sobre la misma zona, cuando es confirmada la “fuga biliar” decidiendo el médico en ese momento dejar los drenajes y haciendo cierre con sistema de cremallera por lo que pudiera pasar, la cual fue cerrada completamente cuando el paciente vuelve a quirófano el día 9 de noviembre de 1999.

De ese modo se produce un empeoramiento los días 16 y 17 de noviembre, pues requiere el paciente de “traqueostomía electiva” y cada vez mayor soporte ventilatorio hasta que el día 18 se le realiza un TAC donde hay evidencias de “derrame pleural bilateral”, sufriendo un continuo deterioro en días siguientes.

OCTAVO.- Finalmente, el día 20 de noviembre de 1999, tras varios días empeorando el J.F.R.M. falleció, consignándose como causa de la muerte “parada cardio-respiratoria, shock séptico y parada múltiple de órganos”.

NOVENO.- (...) (S)e pone de manifiesto en el informe pericial que emitió en fecha 28 de febrero de 2005 el médico forense del Juzgado nº 1 de Arrecife en el procedimiento penal anterior, (se señala) que las causas del fallecimiento de J.F.R.M. fueron “una perforación del intestino delgado que pasa inadvertida y que evoluciona hacia una peritonitis no diagnosticada, la cual termina en un shock séptico con fallo multiorgánico”. (...) también subraya el médico forense (...) que durante el primer ingreso no se agotaron por el servicio público sanitario prestado en el Hospital General de Lanzarote todos los recursos para establecer el diagnóstico correcto y tratarlo consecuentemente, pues “la fiebre (que en este caso es de dudosa interpretación por el uso de medicamentos), el dolor (también modificado por la medicación), la diarrea, la taquicardia, la palidez cutáneo-mucosa, y una analítica en la que se habla de 19,80 mil de leucocitos por mm cúbicos con un 82,40% de neutrófilos, y 10,80 de linfocitos, son signos y síntomas que forman parte de un gran número de enfermedades agudas, y dentro de ellas algunas muy peligrosas para un paciente durante el postoperatorio como son una peritonitis (química o bacteriana) y el sangramiento (...).

Por otra parte, el médico forense en la ampliación del informe que hizo en fecha 29/6/2005, vuelve a insistir, y concluye en que la causa de la muerte son la perforación del intestino delgado que pasa inadvertida y que evoluciona hacia una peritonitis no diagnosticada, la cual termina en un shock séptico con fallo multiorgánico.

(...) En nuestro caso el resultado mortal pudo haberse evitado, en hipótesis, de haberse realizado correctamente la inicial intervención quirúrgica, que, tal y como corrobora el médico forense, le perforó el intestino a mi representado (sin que el mismo fuera informado de estos riesgos -no existe nada en el consentimiento en relación con la perforación

intestinal-), pues lo normal es que no se hubiera producido perforación alguna de haberse realizado correctamente la intervención, siendo que aun en este supuesto, las consecuencias y gravedad tras una eventual perforación en la zona intestinal también pudieron evitarse (...) si se hubiera atendido e intervenido inmediatamente al paciente utilizando todos los medios a su alcance (...) con la suficiente antelación y cautela (...)».

Por los daños sufridos, la muerte del esposo y padre de las reclamantes, solicitan las mismas una indemnización cuantificada en 200.000 €, más los intereses correspondientes desde el 20 de noviembre de 1999 hasta el momento de su efectivo abono calculados al tipo de interés legal del dinero incrementado en dos puntos.

IV

1. El procedimiento se ha tramitado correctamente, si bien se ha superado ampliamente el plazo de resolución, que es de seis meses, (art. 42.1 LRJAP-PAC). Subsiste, no obstante, la obligación de resolver, sin perjuicio de las consecuencias que puedan derivar de la falta de cumplimiento del plazo (art. 42.7 LRJAP-PAC).

2. Constan en el procedimiento administrativo los siguientes trámites:

- El 30 de agosto de 2010, se solicita por la Administración subsanación y mejoría de la solicitud por las interesadas, de lo que reciben notificación el 6 de septiembre de 2010. A tal efecto, el 17 de septiembre de 2010 se aporta lo solicitado, si bien, erróneamente (pues se funda su reclamación en los informes forenses de las actuaciones penales), se señala que no se han incoado diligencias penales.

El 18 de octubre de 2010, se vuelve a instar a las interesadas que aporten testimonio de aquellas diligencias, lo que hacen el 27 de octubre de 2010.

Asimismo, se les pide que aporten documental consistente en los informes periciales de la parte demandada, incorporados a las actuaciones penales, lo que añaden el 2 de diciembre de 2010.

- Al derivarse de la declaración de herederos aportada por las interesadas la existencia de otra hija del fallecido, A.C.R.T., se insta a las reclamantes a que faciliten sus datos. De ello reciben notificación el 27 de diciembre de 2010, contestando en escrito presentado el 1 de marzo de 2011 que, tras múltiples gestiones de averiguación, ha sido imposible localizar el domicilio y demás circunstancias de A.C.R.T., a la que se notifica el presente procedimiento mediante anuncio de 12 de abril de 2011, publicado en el BOC de 2 de mayo de 2011. No consta su personación en este procedimiento.

- Por Resolución de 6 de abril de 2011, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de las interesadas, acordando, asimismo, la remisión del expediente para su tramitación a la Dirección Gerencia del Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote. Además, se acuerda la suspensión del procedimiento entre la solicitud y la recepción del preceptivo informe del Servicio. De todo ello es notificada la parte interesada el 25 de abril de 2011.

- Por escrito de 12 de abril de 2011, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que se emite el 15 de octubre de 2014, tras haber recabado la documentación necesaria.

- A fin de dictar acuerdo probatorio, el 26 de febrero de 2015 se confiere plazo a las interesadas a fin de que puedan presentar la documentación que a su derecho convenga. Recibe notificación de ello el 4 de marzo de 2015, viniendo a hacer proposición de pruebas el 12 de marzo de 2015.

- El 27 de mayo de 2015, se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por las interesadas, incorporándose la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones. Constando todas las pruebas en el expediente, se da por concluido el trámite probatorio. De ello recibirán notificación las reclamantes el 25 de junio de 2015.

- El 27 de mayo de 2015, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, recibiendo notificación la parte interesada el 10 de junio de 2015, que comparece el 16 de junio de 2015 para recoger determinada documentación del expediente, que se le entrega en el acto, sin que conste posterior presentación de escrito de alegaciones.

- El 28 de agosto de 2015, se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada, por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, y, sin que conste su fecha, borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 11 de noviembre de 2015. El 17 de noviembre de 2015, se emite Propuesta de Resolución definitiva que es remitida a este Consejo Consultivo.

V

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de las interesadas con fundamento en los informes recabados y en el informe del Servicio de Inspección y

Prestaciones, que acoge los mismos, en contra de lo expresado en el informe forense que obra en el expediente, traído de las diligencias penales.

Señala, así, la Propuesta de Resolución:

“Durante la instrucción del expediente, se recabó Informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital José Molina Orosa de Lanzarote Dr. C.A.H.G., en el que en relación con la asistencia sanitaria prestada, se hace constar que se desarrollaron todos los procedimientos y protocolos establecidos previos a una intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica.

En el primer contacto médico-paciente y una vez establecido el diagnóstico, el facultativo informa al paciente de la sencillez o complejidad del procedimiento quirúrgico según la patología a tratar, riesgos inherentes a la cirugía, anestesia, complicaciones inmediatas, tardías, o lo que es lo mismo la morbi-mortalidad del proceso. A tal efecto se le entrega al paciente normalmente acompañado de familiares, una hoja de consentimiento informado que este debe leer, en el que vienen reflejadas todas estas circunstancias que afortunadamente nunca se suelen presentar, pero que excepcionalmente, en contadas ocasiones pueden ocurrir.

(...)

Dada la aprobación al consentimiento informado, se programó la intervención quirúrgica el día 20/10/99 realizándose dentro de la normalidad sin incidencias. A su retorno a planta el paciente aqueja las molestias acordes con un postoperatorio inmediato, (dolor, náuseas, vómitos, taquicardia, etc.), por lo que se establece la medicación indicada a juicio del facultativo.

El paciente permanece ingresado hasta el 25/10, bajo control diario del cirujano responsable de la intervención, o por el facultativo asignado cada día en planta en hora de la mañana. En circunstancias de urgencia, por el cirujano de guardia. Un día a la semana, toda la plantilla médica realiza la visita general de planta, realizándose posteriormente la sesión clínica en donde se valoran los pacientes que serán intervenidos la semana siguiente, así como los problemas que pudieran presentar los pacientes ingresados. En el momento de dar el alta, el facultativo que realiza la intervención valora el curso evolutivo, y si lo considera acorde a la normalidad procede a dar toda la información del proceso mediante la entrega de un informe de alta provisional, le cita en un plazo de una o 2 semanas a su consulta externa, e igualmente informa sobre la necesidad de acudir nuevamente al Hospital ante la menor sospecha de complicación”.

Hasta aquí, como puede observarse, el informe no se ciñe al caso que nos ocupa, sino que establece el modo genérico de actuación del Servicio, sin que se acredite que así se actuó en el caso que nos ocupa.

Continua señalando el citado informe:

«El paciente reingresa unas 6 horas más tarde de ser dado de alta, por reagudización de sus molestias abdominales, por lo que es ingresado en el Servicio de Urgencias permaneciendo en observación. Al día siguiente y una vez realizadas las exploraciones complementarias, se reinterviene comprobándose cuadro de peritonitis por perforación de asa yeyunal. Ciertamente, esta es una complicación que aunque extremadamente rara, puede presentarse durante el postoperatorio inmediato o bien tardío. En este caso, nos inclinamos por la perforación tardía que suele manifestarse a partir del 4º, 5º o 6º día de la intervención y desgraciadamente de consecuencias muy serias. A partir de entonces el riesgo de complicaciones asociadas avocan (*sic*) hacia un muy mal pronóstico.

El 31/10 y dada la mala evolución del paciente, se procede a una tercera reintervención permaneciendo desde entonces ingresado en la UCI, y siendo necesarias posteriormente dos intervenciones más hasta su fallecimiento, en un intento desesperado de cambiar el curso evolutivo del proceso.

A pesar de esta penosa evolución, debemos remarcar que la actuación de los cirujanos en todo momento se ajustó a una correcta praxis quirúrgica.

Resulta de lo expuesto que, efectivamente, tras ser dado de alta el paciente presenta un complicación obligando a la reintervención por un cuadro de peritonitis con perforación del asa yeyunal, lo que nos obliga a preguntarnos si la perforación se produjo en el acto quirúrgico.

Al respecto el dictamen pericial del Dr. T. indica que la morfología de la perforación está descrita en hoja operatoria como puntiforme. Esa morfología tiene un significado clínico trascendental, de hecho, permite excluir una perforación de siete días de evolución. Una perforación acaecida siete días atrás no puede ser puntiforme-limpia. Su morfología ha de evolucionar necesariamente, mutando su aspecto inicial. Solo una perforación necrosada esfacelada con signos de inflamación periféricas podía ser atribuida, en principio, al momento de acto quirúrgico.

Asimismo y para reforzar esta idea, el perito sostiene que la técnica de cierre de una perforación varía en función de la morfología que aquella presente. Es perfectamente comprensible que no sea lo mismo suturar una perforación limpia, reciente, que una perforación sobre la que ha incidido el transcurso del tiempo. La reparación que se realiza en el caso de J.F.R. es un cierre primario (directo) sin necesidad de refrescamiento de bordes.

Este gesto quirúrgico, que en sucesivas revisiones del hecho quirúrgico se vio como adecuado (ver hoja operatoria del 31 de octubre: puntos de sutura indemnes) sería impropio en una perforación de varios días de evolución. La cantidad de líquido que en la ecografía

practicada el 27 de octubre es descrita como "al menos discreta-moderada", es una cantidad impropia de una perforación de larga evolución.

Finalmente el mencionado perito sostiene que las conclusiones siempre han de ser dentro del terreno de la hipótesis, dado que nos faltan dos hechos básicos: 1) ausencia de autopsia y 2) no haber grabado la intervención.

Según las informes, la cronología es la siguiente:

- día 20 octubre 1999, intervención quirúrgica; - día 21: proceso de enteritis (diarrea) e inicia ingesta oral; - día 23: pico febril aislado y persiste enteritis; - día 24: febrícula vespertina y siguen las deposiciones diarreicas; - día 25: alta con febrícula vespertina, buen estado general; - día 26: Paciente acude a las 21,50 h a Urgencias del Hospital donde es dejado en observación dicha noche; -día 27: presenta cuadro de peritonitis y se decide intervención quirúrgica apreciando perforación puntiforme en borde libre de pared intestinal (antimesentérico).

Se puede decir que:

1.- Las perforaciones intestinales en el transcurso de la colecistectomía laparoscópica son infrecuentes en los pacientes sin patología abdominal conocida y sin cirugía abdominal previa que diera lugar a adherencias de las órganos de la cavidad abdominal, como se ha mencionado anteriormente, y sobre todo teniendo la precaución de realizar el neuroperitoneo mediante técnica abierta y los casos registrados en la literatura han sido producidos por la introducción ciega de trocares o aguja de Veress, nunca en el transcurso del acto quirúrgico.

2.- En el caso que nos ocupa si se hubiese producido una perforación intestinal en el acto quirúrgico, hubiese presentado un cuadro de abdomen agudo por irritación peritoneal en el postoperatorio inmediato. Y en el hipotético caso de que se hubiese producido una iatrogenia se trataría de una perforación cubierta, bien por epiplón, meso intestinal u otras asas intestinales formando un plastrón inflamatorio. Y en momento de la laparotomía solo se encontró una perforación intestinal puntiforme, limpia y libre en el borde antimesentérico intestinal, sin hacer mención en la hoja quirúrgica a la presencia de plastrón inflamatorio que indicaría un proceso inflamatorio de vanos días de evolución. Y que hubiese obligado a realizar una resección intestinal y no una sutura simple de la perforación.

3.- Después de todo lo expuesto anteriormente, la clínica me induce a pensar en una perforación intestinal espontánea en el transcurso de un proceso entérico, que coincidió en el tiempo con el postoperatorio de una colecistectomía por vía laparoscópica.

El paciente sufrió una complicación rara, según los informes incorporados al expediente, sin que pueda afirmarse que la perforación se produjo por un error durante la intervención, como sostienen los reclamantes.

A idéntica conclusión llega el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones cuando señala que los prolegómenos de la operación fueron los normales: explicación e información,

lectura del documento de consentimiento informado y firma del mismo cumpliendo lo que la ley exigía en esa época (1999). Es verdad que en el mismo no se cita específicamente el riesgo de perforación intestinal como escribe en su informe el médico forense, pero también es cierto que es un riesgo más de los denominados riesgos generales de la cirugía, y como tal se considera implícitamente contenido en dicho documento.

El conjunto sintomático que el paciente desarrolla es el común al postoperatorio de la patología del paciente (dolor, náuseas, vómitos, taquicardia, etc.), estableciéndose la medicación indicada a juicio del facultativo, pero también hay que considerar que se presta a una interpretación diagnóstica variable, con síntomas superponibles de otras patologías similares.

En este sentido se puede solapar perfectamente la sintomatología inicial de una peritonitis (ayudada por la cobertura antibiótico-analgésica en su día indicada, amortiguando el conjunto sintomatológico característico de una peritonitis florida) con las molestias y síntomas típicos del postoperatorio de una colecistectomía laparoscópica.

El control efectuado estuvo en términos generales dentro de los límites estándar de la patología que el paciente padecía, y fue controlado diariamente como se refleja en las hojas de curso clínico y de Enfermería (subrayar que no hay constancia manuscrita de atención médica el 24.10.1999, se supone que por ser domingo, solo en caso de alarma hubiera sido atendido por el cirujano de guardia).

Prosiguiendo el examen del curso clínico existe un detalle que suscita dudas: en la hoja de curso clínico el 22.10.1999 se lee la siguiente anotación con interrogantes: íleo adinámico?

Esta Inspección opina sobre lo anterior que el médico responsable del paciente mantuvo una actitud expectante en el sentido de ver la evolución del paciente y su respuesta a las terapéuticas instauradas, adoptando una actitud conservadora esperando una resolución espontánea.

La recuperación no fue todo lo rápida y normal que hubiera sido deseable (de ahí la expresión del informe del Dr. P. de "evolución lentamente satisfactoria" en el informe clínico del 30.11.1999), pero sí fue plausible dentro de las circunstancias.

Siguiendo la lectura del informe del Dr. G., al día siguiente y una vez realizadas las exploraciones complementarias, se reinterviene comprobándose cuadro de peritonitis por perforación de asa yeyuno? Ciertamente, y redundando en su informe, esta es una complicación que aunque extremadamente rara puede presentarse durante el postoperatorio inmediato o bien tardío.

Dentro de las explicaciones que se extraen tanto del informe del médico forense como de los del Dr. T. y G. se puede afirmar que hubo una perforación, pero mientras que el forense mantiene que se produjo en la primera intervención por un error inadvertido, los

doctores G. y T. mantienen que las características de la perforación tienden a descartar una perforación temprana, puesto que la perforación tardía suele manifestarse a partir del 4º, 5º o 6º día de la intervención y desgraciadamente de consecuencias muy serias. A partir de entonces el riesgo de complicaciones asociadas abocan hacia un muy mal pronóstico.

Sea cual sea la causa, en el informe del Dr. P. en el apartado de tratamiento y evolución se lee lo siguiente: “es intervenido de urgencia (27.10.1999, por los doctores P. y T., apreciándose perforación puntiforme yeyuno asociado a peritonitis difusa”.

Lo que es evidente en la primera reintervención es que existía líquido y una peritonitis difusa, que sirvió como sustrato patológico de la desafortunada evolución posterior, que tras tres reintervenciones más terminó con el fallecimiento del paciente.

Esta Inspección médica no observa indicios de mala praxis en la actuación de los sanitarios implicados en el caso; todo lo contrario, actuaron en función de la evolución del paciente.

(...)

De los informes incorporados al expediente se deduce que la perforación no se produjo con motivo en el acto quirúrgico, ya que por el tipo de perforación, de haber sido así, hubiera sido “necrosante” y no “puntiforme”, como indica el informe pericial. Una vez detectada la perforación, se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles para evitar el fatal desenlace».

2. Pues bien, son dos las cuestiones a analizar en este caso.

1) En primer lugar, se cuestiona el momento en el que se produjo la perforación intestinal que desencadenó la muerte de J.F.R.M., y si la misma se contenía como riesgo de la intervención en el documento de consentimiento informado firmado el 15 de octubre de 1999 por el paciente.

Frente a los informes a los que se atiene la Propuesta de Resolución, y que fundamentan la perforación tardía y no intraoperatoria en la morfología de la misma, los informes forenses de 28 de febrero de 2005 y de 25 de junio de 2005, que se amplían en igual sentido posteriormente el 29 de junio de 2005, y se corroboran en aclaración en la comparecencia judicial del forense el 19 de diciembre de 2006, es tajante en señalar que se trata de una perforación acaecida en el curso de la primera intervención quirúrgica.

En efecto, señala el mismo que “(d)urante el acto operatorio, por algún error, ocurrió un accidente en el que se produce la perforación intestinal y no se percataron de ello”.

Esta conclusión la justifica el informe forense en la clínica del paciente, manifestada solo pasadas tres horas de la intervención quirúrgica, y, en los resultados de la analítica realizada ("se observan en los valores de la serie blanca (leucocitos: 19,80 mil/mm cúbico, linfocitos: 10,80%, neutrófilos 82,40%) propios de un proceso infeccioso agudo importante, probablemente bacteriano"), sin que aparezca en evoluciones posteriores el criterio médico sobre las analíticas realizadas. También, se fundamenta en la inexistencia de patologías del paciente que pudieran dar lugar a una perforación intestinal espontánea.

En cualquier caso, sea en el curso de la intervención quirúrgica o con posterioridad, tanto el informe forense como el informe pericial de la parte demandada, emitido por el Dr. T., coinciden en que no consta en el documento de consentimiento informado de la intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica, como riesgo de la misma, la causación de perforación intestinal. Y el forense distingue entre "fístulas", que es lo que sí consta en el consentimiento informado, y "perforación", cosa bien distinta, que no consta como riesgo en aquel consentimiento. No obstante, el informe pericial de parte citado señala que aunque "(...) es verdad que en el mismo no se cita específicamente el riesgo de perforación intestinal como escribe en su informe el médico forense, (...) también es cierto que es un riesgo más de los denominados riesgos generales de la cirugía, y como tal se considera implícitamente contenido en dicho documento".

Obviamente, tal argumento decae por sí mismo pues la finalidad del consentimiento informado es dar a conocer al paciente todos los riesgos que conlleva el acto quirúrgico sin que pueda obviarse alguno por entenderse implícito, máxime para un profano en materia quirúrgica, como es el paciente. Precisamente, por ser riesgos, tanto sean los propios del tipo de intervención de que se trate como los generales de la cirugía, se entienden implícitos en ella, pero todos ellos deben ser objeto de información para la adecuada emisión del consentimiento del paciente.

De lo contrario, las consecuencias no consentidas, por desconocidas, no encuentran adecuado fundamento de juridicidad, deviniendo daño antijurídico. Tal es el caso de la perforación intestinal en el caso que nos ocupa.

En cualquier caso, la justificación ofrecida por el informe de parte viene a servir de mayor fundamento a la siguiente cuestión que nos hemos de plantear, pues si la perforación intestinal es un riesgo típico de cualquier cirugía debió haberse tenido en cuenta como diagnóstico de sospecha ante los síntomas que, propios de tal

complicación, manifestaba el paciente en el postoperatorio, como veremos a continuación.

Por lo expuesto debemos concluir en este punto que constituyendo el consentimiento informado parte de la *lex artis ad hoc*, su deficiencia implica un deficiente funcionamiento del servicio público sanitario, por lo que el daño, antijurídico, debe ser resarcido, tal y como ha venido sosteniendo la constante jurisprudencia del Tribunal Supremo.

La interpretación que el Tribunal Supremo ha venido realizando con base en lo previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, aplicable en el momento de la asistencia sanitaria que nos ocupa, en cuanto a la exigencia de detalles en la información que ha de darse al paciente, comporta entre sus consecuencias fundamentales que el defecto de consentimiento informado se considera incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando estas hayan sido conformes a la *lex artis ad hoc*. El consentimiento informado constituye, así, uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar un acto médico correcto aunque no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que de concretarse este la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

De la aplicación al caso presente de esta doctrina resulta la no conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución formulada en lo que se refiere al consentimiento informado, ya que este no se ha prestado de forma adecuada. Como se ha señalado, para que el consentimiento informado sirva de título jurídico para excluir la responsabilidad de la Administración es necesario que se ofrezca toda la información sobre los riesgos de la intervención.

Lejos de ello, la Administración no solo no ha acreditado que el paciente hubiese sido informado de los riesgos propios de la intervención, sino que se reconoce que del riesgo que se concretó en el paciente fallecido no se informó porque debía entenderse implícito en cualquier cirugía; de ahí, la cláusula genérica que obra en el consentimiento informado firmado el 15 de octubre de 1999 donde se alude a "(...) y

en general, cualquier otro tipo de complicaciones de los que lleva aparejada tanto la cirugía, la anestesia o encamamiento postquirúrgico”.

Por tanto, un consentimiento como el suscrito por el paciente no da adecuado cumplimiento de tales exigencias. Tampoco se ha acreditado que al paciente se le haya ofrecido información verbal sobre las consecuencias posibles de la intervención que se concretaron hasta llevarlo a la muerte.

La falta de esta información al paciente, como de forma constante ha venido sosteniendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, constituye una infracción de la *lex artis* que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Ello se une a la falta de acreditación de la adecuación de la asistencia sanitaria al citado parámetro, en los términos que a continuación expondremos.

2) En segundo lugar, además, debe advertirse que sin perjuicio de lo anterior, tanto si la perforación se produjo en el curso de la intervención de colecistectomía laparoscópica como si fue posterior, y sea si estuvo plasmada su posibilidad en el consentimiento informado como si no lo estuvo, aún nos queda otra cuestión por dilucidar, y es la adecuación de la asistencia prestada al paciente en el curso del ingreso de los días 20 al 25 de octubre de 1999 y la adecuación del alta dada el día 25, así como la atención dispensada cuando reingresó por urgencia hospitalaria el mismo día del alta médica.

Y es que concluye la Propuesta de Resolución señalado:

“Una vez detectada la perforación, se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles para evitar el fatal desenlace”.

Ello nos lleva a preguntarnos si fue correcta la atención sanitaria recibida hasta la detección de la perforación.

En este sentido, es contundente el informe forense de 28 de febrero de 2005 (y en los posteriores aclaratorios), en cuyas conclusiones se señala:

“Las manifestaciones clínicas postoperatorias y la analítica hematológica fueron interpretadas como una gastroenteritis cuando, verdaderamente, lo que tenía era una peritonitis modificada clínicamente por la medicación.

Durante el primer ingreso no se agotaron todos los recursos para establecer el diagnóstico correcto y tratarlo consecuentemente”.

Tales conclusiones se argumentan extensamente en el informe de ampliación de 29 de junio de 2005, al afirmar:

«(-) El paciente recibió durante 48 horas un antibiótico importante con intención profiláctica y, si bien es cierto que desde el punto de vista terapéutico esta dosis resulta totalmente ineficaz para curar ningún proceso infeccioso (recordemos que de la analítica se concluye la existencia de un proceso infeccioso), es suficiente para enmascarar su sintomatología (...); por tanto, la fiebre, el dolor y la distensión abdominal, la taquicardia y las diarreas tenían que haber sido valoradas con mayor amplitud diagnóstica, y haberse agotado todos los medios diagnósticos disponibles, hasta llegar al diagnóstico de certeza, para determinar la conducta adecuada.

(-) Además de la modificación del cuadro clínico que tiene que haber producido el antibiótico antes mencionado, el paciente en cuestión recibió durante todo el tiempo que estuvo hospitalizado (la primera vez) un número importante de veces "Nolotil" por vía intramuscular y endovenosa. Este es un medicamento el cual además de su capacidad para disminuir la fiebre, tiene la propiedad de aumentar de forma significativa la tolerancia al dolor.

- Por último, desde el punto de vista médico un síndrome de irritación peritoneal está caracterizado por: malestar general, dolor, distensión abdominal, no expulsión de heces y gases; o diarreas, fiebre taquicardia, aumento del número de leucocitos con predominio de neutrófilos en la fórmula leucocitaria, y con el examen físico del abdomen signos como el dolor a la descompresión de la pared abdominal (que puede estar enmascarado cuando hay gran distensión), o pérdida con dolor del reflejo cutáneo-abdominal, etcétera; y en este paciente se encontraban casi todas estas manifestaciones antes mencionadas, solo que de una forma más atenuada por la medicación que había recibido».

Además, señala este informe:

«En cuanto a la valoración realizada por varios cirujanos durante su primera hospitalización, la realizada por el médico de urgencias el día de su último ingreso, cuando de nuevo fue valorado de nuevo por cirugía, y la "convergencia con los criterios médicos de: "normohidratado", "normocoloreado", "buen estado general", "no signos irritativos", "peristaltismo presente", para luego tener que ser operado de urgencia al día siguiente cuando diagnostican la perforación intestinal con una peritonitis y muere semanas más tarde: resulta muy contradictorio el hecho de que siendo todo normal haya sido necesaria una segunda intervención quirúrgica, por lo tanto, para que todo transcurriera de esta forma, y el final sea el que todos conocemos, tienen que haber coincidido varios errores».

Todo ello se relaciona con una evidente inadecuación del alta dada al paciente el día 25 de octubre de 1999, lo que, tristemente, se contiene en el informe del forense aclaratorio del anterior, emitido el 19 de diciembre de 2006, cuando afirma:

“Nunca será posible responder con certeza: ¿cómo hubiera sido la evolución de este paciente si cuando presentó fiebre, dolor abdominal, leucocitosis y diarreas la conducta hubiera sido otra? o ¿cómo hubiera sido la evolución de este paciente si en lugar de haber sido dado de alta con febrícula y diarreas se hubiera mantenido en observación hasta el arribo de alguna conclusión diagnóstica”.

Ello, para terminar ratificándose en que la causa de la muerte fue una perforación del intestino delgado que pasa inadvertida y que evoluciona hacia una peritonitis no diagnosticada, aun teniendo el paciente todos sus síntomas, que termina en un shock séptico con fallo multiorgánico.

A todo lo expuesto cabe añadir que en cualquier caso lo cierto es que aunque el informe del Dr. T. indica que la perforación es incompatible con una perforación acaecida con siete días de evolución, sin embargo no descarta que se haya producido en los cinco días en los que estuvo ingresado el paciente en planta aquejado de dolores, con diarreas, náuseas, fiebre y leucocitosis, sin que se sospechara su patología real.

Es más, el mismo día del postoperatorio, como recoge el informe forense de 28 de febrero de 2005, a pesar de que durante la tarde y la noche posteriores a la primera intervención consta en las observaciones de Enfermería que el paciente presentó sudoración, taquicardia, bajada de tensión arterial, palidez, vómito bilioso y que descansa a ratos a pesar de los analgésicos, no fue visto por ningún médico esa noche. En los días posteriores hasta su alta, continúa con tal cuadro, agravado el día 23. Se le da el alta el 25 de octubre a pesar de ello.

Asimismo, el 4º día del postoperatorio el paciente no es visto por ningún médico por ser domingo, y al 5º se le da el alta, volviendo a las pocas horas sin que tampoco se le realizara prueba alguna, que vino a realizársele al 6º día del postoperatorio, verificándose entonces la existencia de peritonitis.

Es más, el informe forense de 28 de febrero de 2005 viene a destacar:

“(…) tampoco pude encontrar el comentario del cirujano en el cual se fundamenta la decisión de operar, ya que desde el punto de vista documental (clínico), no hay una diferencia importante entre el estado de ese día y el del día 23 de octubre de 1999”.

Tales datos dejan constancia de una actuación por los servicios sanitarios donde no se pusieron a disposición del paciente todos los medios diagnósticos a su alcance, pues se afirma por los Drs. Toral y Gaztañondo, tal y como se recoge en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones:

“(…) la perforación tardía, suele manifestarse a partir del 4º, 5º o 6º día de la intervención y desgraciadamente de consecuencias muy serias. A partir de entonces el riesgo de complicaciones asociadas abocan hacia un muy mal pronóstico”.

Si bien tales afirmaciones se realizan para excluir que se tratara de una perforación en el propio curso de la colecistectomía laparoscópica, lo realmente cierto es que en ella o posteriormente se produjo la misma, y que incluso siendo tardía se manifiesta en el 4º, 5º o 6º día del postoperatorio (incluso antes, desde el mismo día de la intervención), días en los que, como se ha dicho, el paciente no fue visto por un médico, estuvo de alta o estuvo en urgencias sin que se le hiciera prueba alguna, con una sintomatología compatible con la peritonitis, si bien “amortiguada” por la medicación instaurada.

Así se reconoce por el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, como se indica en los informes del forense, cuando se refiere al encubrimiento de los síntomas de una “peritonitis florida” por la medicación dada al paciente, al tratar su sintomatología como la de un postoperatorio normal de una colecistectomía laparoscópica.

Además, sigue sin quedar justificado que tal postoperatorio, que a menudo se indica como “inmediato” en los distintos informes de parte y del propio Servicio de Inspección y Prestaciones, haya durado con la variable intensidad y sintomatología (dada la medicación) hasta 5 días, y que se haya dado el alta al paciente con los mismos.

Aun menos se justifica que durante tales días no se haya sospechado una patología más allá de una gastroenteritis o el simple postoperatorio normal (máxime con la analítica existente), sea la peritonitis que luego se confirmó u otra patología, ni se haya realizado prueba alguna para descartar aquella u otras patologías, ni siquiera tras llegar el paciente por urgencias 6 horas después de recibir el alta, teniendo que esperar al día 26 de octubre, casi una semana después de la primera intervención, para realizar una ecografía abdominal.

De hecho, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones no es contundente con la adecuación de la asistencia a la *lex artis*, pues se limita a señalar, como se vio, que:

«(…) el control efectuado estuvo en términos generales dentro de los límites estándar de la patología que el paciente padecía (...) fue controlado diariamente como se refleja en las hojas de curso clínico y de Enfermería, (...) se supone que por ser domingo sólo en caso de alarma hubiera sido atendido por el cirujano de guardia”».

Continúa el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones valorando la atención del paciente en orden a descartar el diagnóstico de una perforación cuando asevera que:

«el médico responsable del paciente mantuvo una actitud expectante en el sentido de ver la evolución del paciente y su respuesta a las terapéuticas instauradas (adoptando una actitud conservadora esperando una resolución espontánea) y que la recuperación no fue todo lo rápida y normal que hubiera sido deseable (...), pero sí fue plausible dentro de las circunstancias».

Tales afirmaciones solo pueden conducirnos a preguntarnos qué debe entenderse por "actitud conservadora", esperando una recuperación espontánea, que nunca se produjo. ¿Es o no es conservador realizar una ecografía u otras pruebas tendentes a descartar patologías más graves? Además, tampoco se alcanza a comprender que se considere plausible una evolución que concluye con un alta con sintomatología persistente que obliga al reingreso del paciente por Urgencias a las pocas horas del alta y que tiene como desenlace la muerte del mismo.

3. Por todo lo expuesto, entendemos que la Administración es responsable de un funcionamiento inadecuado. Y ello porque, por un lado, en lo que se refiere al consentimiento informado, este no se ha prestado de forma adecuada por no contenerse en el mismo la perforación intestinal como riesgo de la intervención realizada el 20 de octubre de 1999, y, por otro, porque tras la misma no se trató al paciente como requería su mal al no poner a su disposición todos los medios diagnósticos precisos para llegar al conocimiento y pronto tratamiento de la peritonitis que sufría, conduciendo ello a la agravación de su enfermedad y a la muerte final del mismo.

Todo lo expuesto nos lleva a afirmar que no se actuó conforme a las reglas de la *lex artis*, y que esta actuación desencadenó el fatal desenlace.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues siendo imputable a la Administración el daño por el que se reclama, procede estimar la pretensión formulada por C.R.C.C. y C.R.C., a lo que se le debe indemnizar con 200.000 euros, por los daños morales sufridos por la muerte del esposo y padre, respectivamente, de las reclamantes, con la actualización de la cuantía referida tal y como señala el art. 141.3 LRJAP-PAC.