



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 61/2012

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 12 de marzo de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excm. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 11 de mayo de 2011, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 127/11), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Mediante escrito presentado el 22 de abril de 2009 y dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS), x, y. z, formularon reclamación de responsabilidad patrimonial con motivo del fallecimiento de su esposo y padre, x, tras ser asistido en el hospital "Reina Sofía", de Murcia. En síntesis, expresan que este último ingresó allí el 18 de abril de 2008 para ser intervenido de forma programada de un adenocarcinoma de recto, y que en el postoperatorio, a pesar de que se les informaba de la evolución positiva del paciente, éste iba empeorando y no fue sino hasta el 23 de abril cuando se advirtió la pérdida del drenaje instalado para eliminar secreciones, siéndole practicada una Tomografía Axial Computerizada al día siguiente, reinterviniéndole de urgencia, evacuando las secreciones purulentas existentes en la pelvis y reparando el muñón rectal. Al día siguiente de la intervención se advierte una grave sepsis que culmina con el fallecimiento del paciente por shock séptico refractario, secundario a hematoma peritoneal infectado postquirúrgico. En el estudio postmortem se advierte peritonitis fibropurulenta con signos de shock séptico, al que se atribuye la causa de la muerte.

Junto con su reclamación aportan informe pericial realizado por el Dr. x, especialista en Valoración del Daño Corporal y Forense en excedencia, que realiza las siguientes observaciones:

"1. Se produjo una lesión en el paciente: peritonitis fibropurulenta, que fue la causa fundamental del fallecimiento, la causa inicial fue la intervención quirúrgica programada (resección de colon por adenocarcinoma de recto) produciéndose una sepsis (infección en la sangre, y de allí a todo nivel de la economía humana); con hipovolemia y fallo multiorgánico que determinaron (causa directa e inmediata) mediante un shock séptico (hígado de Shock, Bazo de sepsis, congestión y Edema Pulmonar,

Suprarrenales de stress y necrosis tubular aguda Renal) el Exitus.

2. No existió un "error de diagnóstico médico", y se actuó según Lex Praxis, por los Facultativos que intervinieron en las diversas etapas del proceso. No obstante, al existir un retraso en el diagnóstico de la Complicación Post operatoria sí que supuso médicamente una "falta de oportunidad"; siendo reintervenido de urgencia con muy mal pronóstico y falleciendo horas después en la UCI.

3- La muerte no ha sido debida a la Enfermedad de base (Adenocarcinoma de Recto).

4. Existieron actos protocolarios obviados, u omisiones en el control durante su estancia - ingreso hospitalario: pues si el catéter de drenaje abdominal es permeable, no se quedan retenidas las secreciones en abdomen, se observa en la bolsa donde drenan las características de las secreciones (exudado seroso, o pultácea, o sangrado, etc.), y no se infectan (no hay sepsis); no deja de funcionar la colostomía, y no hay que re-operar de urgencia, y no hay Hipovolemia: como el hecho de que se obviase ésta condición de cuidado (inobservancia del deber de cuidado), máximo en un paciente de alto riesgo (por sus patologías de base).

Luego desde el punto de vista medico legal: hubo negligencia, existiendo una "Falta Asistencial", por la presencia de una conducta con falta de diligencia y previsión; así como el abandono de los deberes o contraprestaciones médicas o hacia el conjunto de normas que constituyen el buen hacer y ortodoxia profesionales.

5. De lo descrito se puede colegir que existe una relación de causa-efecto (relación de causalidad) en un paciente que de no haberse sucedido los eventos reseñados, no debería haber fallecido en esos momentos.

6. No se observa "el deber de cuidado" que debe proceder a cualquier praxis médica, entendido como deberes o normas, las que el facultativo y el resto de personal asistencial debe de emplear con el fin de evitar la puesta en peligro o lesión del paciente.

A mayor abundancia, se obvia el deber de cuidado subjetivo, que se determina comparando la conducta del profesional sanitario, con la que debería haber tenido, teniendo en cuenta su capacitación profesional.

Y también se obvia el deber de cuidado objetivo, exigible a nivel general a todo el que actúa en una actividad médica. Independientemente de sus capacidades personales (médico, enfermera o auxiliar de clínica).

7. No se dan las circunstancias de caso fortuito (mero accidente o accidente imprevisible en que no existe posibilidad de evitarlo). Siendo el riesgo que podría acarrear -y así fue- la negligencia "objetivamente previsible": Relación de Antijuridicidad".

Como consecuencia de los hechos relatados, los interesados solicitan una indemnización de 98.000 euros, por considerar que x falleció por el negligente proceder con que se actuó por parte de los facultativos responsables, al omitir actos protocolarios de control sobre un paciente en postoperatorio, con negligencia generadora de responsabilidad. Además del citado informe, los reclamantes adjuntan documentación acreditativa de su parentesco con el fallecido

SEGUNDO.- Con fecha 24 de abril de 2009, el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación patrimonial, que fue notificada a los interesados, solicitando al hospital "Reina Sofía" la historia clínica del paciente y los informes de los facultativos que le atendieron.

TERCERO.- Mediante oficio de 11 de junio de 2009 el Director Gerente de dicho hospital remite la historia clínica e informe del día anterior del Dr. x, Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, que expresa lo siguiente:

"X, de 72 años de edad, afectado por un adenocarcinoma de recto medio-superior estadio IV (2 metástasis pulmonares) fue intervenido el día 18/4/08 mediante cirugía abierta, hallándose un gran tumor que ocupaba toda la pelvis menor, lo que dificultó todavía más una cirugía ya de por sí técnicamente difícil, y ante la imposibilidad de realizar una continuidad del tránsito con una anastomosis que ofreciese las garantías suficientes, se decidió, tal y como consta en la hoja operatoria, realizar un cierre del muñón rectal y una colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda (intervención de Hartmann), dejando un drenaje espirativo en pelvis y cerrando el peritoneo pélvico para aislar pelvis menor del resto de cavidad abdominal. (...)

Desde su llegada a planta el paciente se encuentra estable, con constantes mantenidas, sin fiebre y con buena diuresis. La mañana del día 20 (2ª día Postoperatorio) presentó episodio de "dolor abdominal-pélvico y costado derecho" que, tras ser explorado por el cirujano de planta y no apreciar complicaciones, se pautó analgesia y cedió. La tarde y la noche de ese día las pasó sin dolor, tal y como refiere el personal de enfermería en sus hojas de evolución. A partir de aquí, la evolución fue satisfactoria, tal y como se refleja en los pases diarios de visita, en las hojas de enfermería y en las gráficas de constantes, sin que existiese ningún dato objetivo que hiciese sospechar la existencia de complicaciones. El drenaje pélvico era funcionante y el contenido evacuado fue disminuyendo progresivamente (300cc., 200cc., 100cc., 60cc, tal y como se comprueba en las gráficas) y el aspecto era serohemático, no purulento (pase de planta del día 22). En el pase de planta del día 23 se objetiva que el paciente ha perdido el drenaje pélvico. Continúa estable, tolerando dieta, afebril, con las constantes mantenidas y sin que exista reflejado en la historia clínica que se queje de dolor o cualquier otra molestia hasta la mañana del día 25, en el que empeora el estado clínico, expulsa secreciones por el ano y "a las 11 '30-12h comienza con tiritona...ha tenido 2 vómitos...en 30 min la Tª ha subido a 38.6

Cº". Se realiza TC urgente sospechando un absceso en pelvis menor. El TC confirma la existencia de un absceso en pelvis y el cirujano de guardia decide cirugía urgente drenando "abundante contenido hemático maloliente" a través del muñón rectal y realizando "contraincisión para dejar un drenaje". El paciente entra en estado de shock séptico fulminante y refractario al tratamiento intensivo siendo exitus el día 26/4/08.

Una vez expuestos los hechos, tal y como se puede comprobar en la historia clínica, y a la luz de las alegaciones interpuestas por los reclamantes, es necesario realizar una serie de puntualizaciones:

1º.- Desde la llegada a planta el día 19 hasta su empeoramiento la mañana del día 25 el paciente se ajustó al protocolo de seguimiento de las resecciones colorrectales (1,2) con control estricto de las constantes vitales y la diuresis y valoraciones médicas diarias y, ante cualquier signo o síntoma de alarma o sospechoso de complicaciones, realizar las pruebas complementarias más adecuadas en cada caso.

2º.- Excepto un episodio de dolor el día 20, que fue valorado por el cirujano que no apreció complicaciones y remitió con analgesia, no figura ninguna otra referencia en toda la historia clínica a que la situación del paciente fuese, según refieren los demandantes: "empeorando día tras día... con manifiesto empeoramiento y graves dolores...", al contrario, las únicas referencias que aparecen escritas son que se encuentra estable, tranquilo y sin dolor incluso la noche del día 24.

3.- El paciente perdió el drenaje el día 23, tal y como hizo constar en la evolución clínica el cirujano, pues el día 22 fue medido su contenido (60cc), lo que obviamente señala que se encontraba bien puesto. La pérdida del drenaje no es motivo para realizar ninguna prueba complementaria, y el TC no se realizó por la pérdida del mismo, sino por las secreciones a través del ano y el empeoramiento del enfermo acaecido el día 25.

4º.- Una vez confirmada la existencia de un absceso pélvico se decidió su tratamiento quirúrgico consistente en la evacuación del mismo (3,4) y el cirujano realizó un drenaje transanal (extracción del hematoma/pus a través del muñón rectal) complementado con un drenaje por contraincisión, y en ningún momento se intentó reparar el muñón rectal, pues se habría cerrado una de las vías de drenaje de la colección.

5º.- Tras el fallecimiento del paciente se realiza estudio postmortem que revela, entre otros hallazgos, "la presencia de focos residuales de peritonitis fibrinopurulenta, con signos generales de shock séptico", a lo que se atribuye la causa de la muerte. En la hoja 5 del estudio postmortem se describe la cavidad abdominal con "presencia de adherencias intestinales. Ausencia de colecciones hemorrágicas y/o purulentas", el tracto digestivo como "boca de colostomía sin alteraciones. Esófago, estómago e intestino delgado sin alteraciones macroscópicas. Ausencia de áreas perforadas" y la vejiga urinaria con "mucosa hemorrágica. Presencia de material fibrinopurulento en cara posterior, en relación con lecho quirúrgico (cirugía rectal)", y en la Hoja 6 de dicho estudio, el diagnóstico macroscópico es el

de "foco de peritonitis fibrino-purulenta retro-vesical en relación con cirugía previa", diagnóstico que es confirmado microscópicamente en la Hoja 7 del estudio, dato que es habitual encontrar en un paciente que ha sido sometido a una resección de recto y ha sufrido un absceso pélvico.

6º.- Tras una resección colorrectal y cuando las condiciones generales o locales del paciente no permiten el restablecimiento del tránsito digestivo con la realización de una anastomosis colo-rectal segura, se puede realizar una intervención de Hartmann, tal y como ocurrió en este caso, dejando una Colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda y el muñón rectal cerrado o abierto en pelvis menor (5,6). La aparición de un absceso pélvico en este tipo de intervención es la complicación más frecuente, llegando a constituir más del 30% del total de complicaciones (7,8)". Los números entre paréntesis corresponden a la bibliografía con que termina el informe.

CUARTO.- La compañía aseguradora x aportó dictamen realizado colegiadamente el 24 de agosto de 2009 por los doctores x, y, z, .., el primero especialista en Cirugía General y los demás especialistas en Cirugía General y Digestivo. De dicho informe cabe resaltar las siguientes conclusiones:

"5. El postoperatorio transcurre con normalidad hasta el día 23-4-08, en que el enfermo "pierde el drenaje". Los drenajes no se pierden. Se encuentran introducidos en la cavidad abdominal 60-70 cm y están fijados, sujetos y anudados a la pared abdominal mediante un punto de sutura.

6. El día 25 presenta "tiritona con fiebre de 38'6º y ha presentado 2 vómitos". Síntomas que no se habían presentado hasta ese día y que son valorados por los médicos en distintas visitas durante el día 25.

7. El arrancamiento del drenaje puede producir sangrado, que no podemos valorar porque ya no existe drenaje que nos advierta de lo que ha pasado en el interior del abdomen.

8. Se realiza TAC urgente que confirma la existencia de un absceso en pelvis, por lo que es intervenido con carácter de urgencia.

9. En la intervención, el mismo 25-4-08, se confirma "abundante contenido hemático maloliente que se drena a través del muñón rectal. Se realiza contraincisión para dejar drenaje".

10. No existió retraso en el diagnóstico de la complicación, pues dicha complicación, que no fue operatoria, se presentó el 23-8-08, a raíz de "haber perdido el drenaje ", que comenzó a presentar síntomas.

11. No existió negligencia alguna por parte de los facultativos, que acudieron a ver al enfermo en varias ocasiones al día desde el 23 al 25-4-08, como consta en los folios 63,64 y siguientes del Diario de Evolución.

12. Todos los facultativos han actuado según los conocimientos actuales de la Medicina, realizando el diagnóstico y tratamiento de forma y tiempo correctos y de acuerdo a la "lex artis".

QUINTO.- Solicitado a la Inspección Médica del SMS un informe valorativo de la reclamación, fue emitido el 30 de octubre de 2010, y formula las siguientes conclusiones:

"- El paciente fue diagnosticado en forma correcta y con los medios adecuados aunque (en) el momento del diagnóstico el tumor estaba muy evolucionado en el tiempo, lo que hace que el paciente estuviera más deteriorado, el tamaño del tumor y su extensión fuera de muy mal pronóstico y dificultara una intervención más curativa en pro de una cirugía con menor morbilidad (Hartmann).

- La intervención se realizó de forma correcta y sin incidentes o complicaciones intraoperatorias. El paciente recibió la antibioterapia profiláctica.

- El postoperatorio transcurrió con normalidad, tal y como consta en las anotaciones diarias de enfermería y médicos. La pérdida del drenaje el día 22 por la noche o 23 por la mañana fue detectado inmediatamente y este hecho no constituye por sí ni una falta de cuidado ni mucho menos que fuera la causa de la complicación sufrida por el paciente. En el momento de la pérdida del drenaje ya estaba indicada su extracción protocolaria. No existió retención de secreciones en ningún momento ni sangrado activo ni infección mientras permaneció el drenaje colocado.

- El paciente siguió bien hasta el día 25 en que a las 11,30 o 12 sufrió tiritona y más tarde fiebre, se le diagnosticó y se trató en el mismo día de un absceso pélvico que, a pesar del drenaje y los cuidados de UCI posteriores, fueron la causa inmediata de la muerte.

- El shock séptico es la complicación más grave en estas intervenciones, siendo la tercera parte de las mismas, viene reflejado en todos los consentimientos informados de esta intervención que se han consultado y en la bibliografía especializada.

- No hubo en ningún momento falta de cuidado, ni retraso en el diagnóstico, la atención recibida por el x fue en todo momento adecuada a la situación que presentaba y a la lex artis."

SEXTO.- Acordado el preceptivo trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, el letrado representante de los reclamantes presentó escrito de alegaciones el 07 de febrero de 2011, en el que manifiesta que se reitera lo expuesto en la reclamación inicial.

SÉPTIMO.- El 13 de abril de 2011 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar, en síntesis, que de la historia clínica e informes emitidos se desprende que no hubo infracción de la "*lex artis ad hoc*", como exige la jurisprudencia para determinar responsabilidad patrimonial en materia sanitaria.

OCTAVO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, los reclamantes están legitimados para solicitar indemnización por el daño moral inherente al fallecimiento de su esposo y padre. La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el

artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no puede oponerse objeción al respecto, vistas las fechas de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- 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 sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos 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 la curación del paciente."*

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma"*

organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.-Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización. Inexistencia.

Con base en el informe pericial aportado por su parte, los reclamantes imputan a los servicios sanitarios regionales que, en la asistencia postoperatoria al paciente, tras la resección de colon por adenocarcinoma de recto, existieron actos protocolarios obviados u omisiones en el control durante su estancia hospitalaria, pues si el catéter de drenaje abdominal es permeable no se quedan retenidas las secreciones en abdomen, se observa en la bolsa donde drenan las características de las secreciones (exudado seroso, o pultácea, o sangrado, etc.), y no se infectan (no hay sepsis); no deja de funcionar la colostomía, y no hay que reoperar de urgencia y no hay hipovolemia, como el hecho de que se obviase esta condición de cuidado (inobservancia del deber de cuidado), máximo en un paciente de alto riesgo (por sus patologías de base).

En primer lugar, debe señalarse que tanto el informe de la aseguradora del SMS como el de la Inspección Médica de dicho Ente coinciden al rebatir ciertas consideraciones expresadas en el informe pericial aportado por los reclamantes, sin que en el trámite de audiencia final formulen realmente una contraargumentación que reafirme la posición de éstos.

Los dos informes citados muestran su desacuerdo con este último cuando afirma que el paciente no tenía antecedentes personales de interés, pues padecía una hipertensión, cardiopatía hipertensiva esclerosa, bronquitis crónica, adenocarcinoma a menos de 10 cm. del ano estadio IV con infiltración a grasa intestinal, ganglios y metástasis en ambos pulmones.

Con respecto a que la colostomía no era funcionante, ambos informes señalan que la misma era funcionante para gases, según se desprende de la historia clínica, y que, según la bibliografía, el inicio de la peristalsis y primera evacuación es variable, sin que ello fuera un problema, pues el paciente fue sometido a limpieza protocolaria previa a cirugía y a una dieta absoluta en el postquirúrgico.

La pérdida del drenaje y la vigilancia del mismo son considerados por el citado informe como una negligencia, pero sin embargo los otros dos informes coinciden en que el drenaje se desprendió con los movimientos del paciente, que fue observado por enfermería, que anotó al finalizar el turno de noche del día 22: *"drenaje derecho 60 cc."* y el día 23 por la mañana: *"pierde drenaje de redon"*, lo que indica que el paciente estaba vigilado. Respecto a que el drenaje no era permeable, la Inspección Médica expresa: *"es obvio que hasta el día 23 existía líquido serohemático en la bolsa espirativa"*, lo que contradice lo expuesto por dicho informe de parte.

También observan errores en el citado informe en cuanto a la fecha de la intervención que se realizó al paciente cuando surgió la complicación, así como sobre el acto quirúrgico en sí, pues aunque menciona que se realizó una reparación del muñón rectal, el protocolo quirúrgico refiere que se evacua parte del hematoma a través de él, y el cirujano lo deja abierto para evitar posible abscesos futuros. Tampoco se hace referencia en el protocolo a que existiera una dehiscencia de sutura.

Además, debe destacarse que los informes de la aseguradora del SMS y de la Inspección Médica de dicho Ente explican la forma de colocar y retirar los drenajes, aclarando que cuando el paciente perdió el mismo, los facultativos tenían previsto su retirada, pues habían transcurrido 4 días desde el postoperatorio y no había complicaciones.

Así, el informe de dicha Inspección Médica expresa lo siguiente:

"Por tanto, se debe concluir a la vista de la literatura especializada que:

- El drenaje estaba indicado en esta intervención como medida profiláctica para la extracción espirativa de líquidos biológicos, o no (sic, debe querer decir, "y no...") con una finalidad curativa o diagnóstica.

-El tipo de líquido que estuvo drenándose en los 5 primeros días de postoperatorio fue fisiológico, dado que el color era serohemático (seroso y sangre), en cantidad moderada (máximo 300 cc.), homogéneo, sin olor y en cantidad adecuada y decreciente, es decir, absolutamente normal.

La retirada del mismo se produjo por arrancamiento involuntario del paciente en la mañana del día 23, 5º día del postoperatorio. Este hecho, en ese momento, a pesar de ser un contratiempo, no era un problema, ya que, como hemos visto anteriormente, el drenaje se debe retirar protocolariamente cuando hay poca secreción (menos de 100 cc.), en más del 90% de las intervenciones de bypass gástrico con resección intestinal se retira entre el día 5º y el 6º (aunque otras publicaciones hablan de 48 horas). En cualquier caso se habla de "aplicar el sentido común". En el caso que nos ocupa es obvio que se aplicó el sentido común de dejar evolucionar, ya que el postoperatorio hasta ese momento era absolutamente normal, el nivel, tipo, color y olor de las secreciones era normal, era el 5º día, y la secreción era considerada poca <100 ccc. (60 cc.).

El paciente, a partir del día 23 continua estable, tolerando dieta, afebril y con las constantes mantenidas y sin que exista reflejado en la historia clínica alteraciones objetivas o subjetivas en su evolución."

Por otra parte, y en relación con el alegado retraso en el diagnóstico de la complicación postoperatoria acaecida (hematoma infectado postquirúrgico, según el TAC realizado), el informe de la Inspección Médica señala que "el paciente comenzó con tiritona entre las 11.30 y las 12 del día 25 (hoja de enfermería), en ese momento no tenía fiebre, 36.6º, media hora después tenía 38.6º. El médico valoró al paciente encontrando melenas en ano, solicitó un TAC urgente, que dio el diagnóstico de Hematoma Infectado postquirúrgico y fue intervenido para realizar el drenaje del mismo, dejando un drenaje en el lecho del hematoma. Por tanto, no existió ni error diagnóstico ni retraso en el mismo, los hechos sucedieron con absoluta inmediatez."

Por último, debe decirse que en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente se consigna como complicación poco frecuente pero grave el sangrado o infección intraabdominal, indicando que excepcionalmente puede requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producir la muerte.

Por todo lo anterior, y a la vista de las consideraciones generales realizadas en su momento, debe concluirse que en la asistencia sanitaria dispensada al paciente no existió infracción a la "lex artis ad hoc", lo que impide que pueda aceptarse que exista la adecuada relación de causalidad entre el

funcionamiento de los servicios regionales sanitarios y los daños reclamados que es jurídicamente necesaria para determinar la responsabilidad de la Administración regional.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe la adecuada relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios regionales sanitarios que se cuestionan y los daños por los que se solicita indemnización, que es jurídicamente necesaria para determinar la responsabilidad de la Administración regional, por las razones expresadas en la Consideración Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.