



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 4 6 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 3 de diciembre de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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. 519/2018 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 una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. La solicitud de dictamen, de 22 de octubre de 2018, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 26 de octubre de 2018. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del 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, el primer precepto, con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP),

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por tanto, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 31.1.a) LRJAP-PAC].

En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el Servicio Canario de la Salud, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó en el centro concertado (...). Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste el presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada. Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, es de aplicación el art. 214 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

Como hemos manifestado en diversas ocasiones (por todas, DDCCC 59/2014 y 406/2016 y 287/2017): «(...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCAP».

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de 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.

5. Asimismo, no resulta extemporánea la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues la interesada interpuso aquel escrito el 4 de julio de 2016, en relación con un daño cuyo alcance quedó determinado el 30 de junio de 2015, fecha en la que recibió el alta médica definitiva.

III

La interesada expone como hechos en los que funda la presente reclamación:

«PRIMERO.- A fecha 01-04-2014 (...) es derivada de la lista de espera del Servicio Canario de la Salud al (...) donde el Dr. (...) le realiza una intervención de cirugía bariátrica (gastrectomía); después de la misma recibe el alta médica el día 03-04-2014.

SEGUNDO.- A fecha 09-04-2014 acude a Urgencias del (...) pues lleva dos días con vómitos intensos y dolor abdominal; tras ser revisada por el Dr. (...) nuevamente es ingresada para su estudio y tratamiento, tras lo cual debe ser intervenida de urgencias por fallo de la sutura gástrica realizada en la operación de fecha 01-05-2014.

Tras la intervención presenta fístula gástrica por fallo en esa intervención quirúrgica de 09-04-2014 por puntos sueltos nuevamente.

TERCERO.- A fecha de 19-06-2014 es dada de alta tras más de dos meses hospitalizada tras la operación de fecha 09-04-2014. Desde esa fecha sólo tiene dos consultas informativas (el 24-06-2014 y el 08-07-2014) y la realización de un TAC el día 11-07-2014.

CUARTO.- A fecha de 19-06-2014 es remitida por el Dr. (...) a la consulta de radiología para la sustitución del drenaje por uno de menor calibre, cambio que no tiene lugar puesto que tras entrar ya preparada y tumbada en la camilla a la espera de dicho tratamiento transcurrida una hora, le es comunicado que no puede realizarse debido a que dicho drenaje no se encuentra en farmacia y que por lo mismo es imposible su sustitución, diciéndosele que se la llamaría en unos días para realizar el recambio de su drenaje. Transcurrido un mes sin que se le haya sustituido el mismo y con un seguimiento del mismo nulo, sin ningún tipo de

control ni seguimiento (ni postoperatorio, ni nutricional, ni análisis sanguíneos o asesoramiento psicológico) por parte del complejo hospitalario.

QUINTO.- En fecha 20-08-2014 mi mandante se dirige nuevamente a Urgencias del (...) aquejada de un fuerte dolor en un costado (zona del drenaje intraabdominal) y alto volumen del drenaje, tensión arterial baja y malestar general, no es atendida ni en urgencias ni en consulta, puesto que los médicos que han llevado su caso están de vacaciones y el cirujano que la había operado Dr. (...) ya no trabaja en ese dicho hospital, por lo que regresa a casa igual. Por lo que con fecha 25-08-2014 solicita que se le derive al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, ya que en dos meses desde su alta médica y casi seis meses con una fístula abierta en su abdomen sin tratamiento ni seguimiento. Teniendo el alta definitiva tras cuatro operaciones en fecha 30 de junio de 2015».

Solicita una indemnización que cuantifica en 60.000 euros (incluyendo «impacto psicológico»), al entender que ha habido falta de indicación médica de las intervenciones y falta de estudio previo, habiéndose producido un daño desproporcionado infecciones gastrointestinales severas, dos intervenciones quirúrgicas para la extracción de grapas y suturación de la fístula.

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo.

No obstante, conforme al art. 13.3 RPAPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses. Sin embargo, se ha superado el plazo para resolver el procedimiento, lo que no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

Constan las siguientes actuaciones:

- El 6 de julio de 2016 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, viniendo a aportarse el 23 de julio de 2016, por correo postal.

- Por Resolución de 23 de agosto de 2016, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación, de lo que recibe notificación la interesada el 30 de septiembre de 2016, así como el (...), el 25 de agosto de 2016.

- Habiéndose solicitado informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el 23 de agosto de 2016, éste se emite, tras haber recabado la documentación oportuna, con fecha 4 de abril de 2018.

- Habiendo solicitado la interesada en su reclamación prueba pericial consistente en que «se evalúe el historial clínico así como el estado actual de las lesiones y secuelas tras las distintas intervenciones por un especialista en medicina gastrointestinal, y se proceda a la evaluación psicológica de la paciente», y sin perjuicio de recabar la Administración su historia clínica y los informes de los especialistas del Servicio implicado, se informa a la interesada el 10 de abril de 2018, lo que se le notifica el 24 de abril de 2018, de que el informe psicológico deberá ser sufragado a su costa, para lo que se le confiere plazo de 30 días. Habiendo transcurrido el mismo, no se aporta nada al efecto.

- Con fecha 10 de abril de 2018 se insta a (...) a aportar los medios probatorios de los que desee valerse, lo que se le notifica el 12 de abril de 2018. Se aporta escrito por correo postal, del representante acreditado de (...), interesando proponiendo «documental pública y privada, consistente en los documentos de tal carácter que obren en el expediente administrativo, que deberán tenerse por reproducidos íntegramente en el ramo de prueba de esta parte».

- El 28 de mayo de 2018 se solicita por el SIP a (...) la remisión de informe médico del Servicio de Cirugía General y Digestiva, como servicio cuyo funcionamiento ha causado el daño por el que se reclama. Tal informe, junto con el consentimiento informado firmado por la paciente y la documentación médica atinente a la intervención quirúrgica por la que se reclama, se remiten el 23 de julio de 2018.

- El 29 de agosto de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten a trámite las pruebas aportadas por la reclamante y se incorporan las de la Administración, y se acuerda que, siendo todas documentales y obrando incorporadas al expediente, se declare concluso este trámite pasando al siguiente. De ello reciben notificación la reclamante y el (...) el 31 de agosto de 2018.

- El 29 de agosto de 2018 se confiere a la interesada y a (...) trámite de audiencia, de lo que son notificados el 31 de agosto de 2018.

- El 19 de octubre de 2018 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la reclamante, sin que se haya informado por el Servicio Jurídico,

argumentándose incorrectamente, pues ha de informarse cada caso, que se trata de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico en casos similares.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante, con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, por entender que no existe relación causal entre el daño por el que se reclama y la asistencia prestada a la reclamante.

2. Ante todo, para realizar un análisis del fondo del asunto, resulta preciso exponer los antecedentes obrantes en la historia clínica de la reclamante, de relevancia en este asunto, tal y como resultan del informe del SIP:

- El 1 de abril de 2014 la paciente es intervenida en (...) de Cirugía Bariátrica, de la que cursa alta el día 3 del mismo mes y año.

Con carácter previo a esta intervención quirúrgica firma Documento de Consentimiento Informado (DCI) para someterse a la misma.

- El 9 de abril acude a Urgencias del (...) por vómitos intensos y dolor abdominal de dos días de evolución. Ingresa para estudio y tratamiento y es intervenida de urgencia por fallo en la sutura gástrica a nivel del Cardias y fístula gástrica, permaneciendo posteriormente en la UCI las 24 horas posteriores a la operación, tras lo que fue trasladada a planta, donde permaneció estable con buen curso postoperatorio.

Posteriormente comenzó con fiebre en ascenso por lo que se realizó control radiológico (TAC abdominal) que informó de colección paragástrica que fue resuelta mediante drenaje guiado por TC tomando muestra para cultivo (folio nº 143).

- El 21 de abril de 2014 la paciente perdió accidentalmente la sonda de yeyunostomía para alimentación enteral, por lo que se decidió colocación de nutrición parenteral y posteriormente sonda nasoyeyunal para alimentación enteral. Permaneció estable pero con drenaje intraabdominal muy productivo y con permanencia de fístula gástrica con alto débito. Posteriormente se recolocaron drenajes intraabdominales de menor calibre y paulatinamente el débito fue descendiendo hasta ser menor de 25 cc diarios con ingesta oral forzada.

Se retiró nutrición enteral por sonda y se inició dieta líquida oral.

- El día 5 de mayo de 2014 se realiza fibrogastroscofia con colocación de clips para cierre del orificio fistuloso. La evolución fue lenta y tórpida, con altibajos en el débito del drenaje, precisando de dos endoscopias para revisión y colocación de clips. Permaneció asintomática, estable hemodinámicamente y con controles analíticos seriados y favorables.

- El 19 de junio de 2014 cursa alta hospitalaria con control ambulatorio, asintomática, afebril y tolerando ingesta. Asistió a consultas el 24 de junio y 8 de julio de 2014.

- Se realizó TAC el día 11 de julio de 2014.

- El 25 de julio de 2014 acude a Radiología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) para cambio de drenaje por uno de menor calibre, pero no pudo llevarse a cabo por falta de existencia en Farmacia.

- El 20 de agosto de 2014 acude de nuevo a (...) por intenso dolor en costado y alto volumen de drenaje abdominal, tensión arterial baja y malestar general.

- El día 25 de agosto de 2014 se remite al HUNSC.

- Con fecha 30 de junio de 2015 la paciente cursa alta definitiva.

2. A la vista de los antecedentes expuestos, y en el análisis de la reclamación de la interesada, procede distinguir varias cuestiones: la indicación de la intervención realizada y los estudios previos para ello, si la intervención se realizó de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, y determinación, por tanto, de la antijuridicidad o no de las complicaciones surgidas, y, por último, análisis de la adecuación a la *lex artis* del tratamiento de las complicaciones derivadas de aquella intervención quirúrgica.

1) En primer lugar, y en relación con la indicación de la intervención bariátrica tubular laparoscópica realizada el día 1 de abril de 2014 en (...) y los estudios realizados a la paciente para ello, se ha pronunciado con claridad el informe del Dr. (...) de 3 de julio de 2018, facultativo responsable de la asistencia sanitaria de la reclamante, quien expone que aquélla presentaba una obesidad mórbida, con índice de masa corporal (IMC) de 47 y, tras valoración clínica y anestésica, que obra debidamente documentada en su historia clínica, se decidió por esa técnica quirúrgica, gastrectomía tubular, por ser de ejecución más simple que la técnica alternativa, el bypass gástrico (folios nº 398-400).

La opción elegida con consentimiento de la paciente se realizó por ser más respetuosa con la anatomía del tubo digestivo y conllevar menos episodios de malnutrición y menos complicaciones a largo plazo. En el tiempo, esta técnica deja de ser efectiva antes que el bypass gástrico, y no presenta buenos resultados con IMC superior a 50.

A la interesada se le practicó gastrectomía tubular, entre otros motivos, por no tener patologías asociadas, por tratarse de persona joven y activa y por tener un buen nivel de conocimiento del procedimiento, sus cuidados y limitaciones.

2) En cuanto a la adecuación a la *lex artis* de la intervención realizada, se señala, asimismo, por el facultativo que intervino a la paciente, que la intervención se realizó en el tiempo estándar y con la técnica habitual, lo cual ha quedado debidamente acreditado mediante la incorporación al expediente de la hoja de protocolo de la intervención y de registro de enfermería.

Esta técnica consistió, según explica el facultativo en su informe de 3 de julio de 2018, en:

«(...) disección de toda la curvatura mayor gástrica, respetando el antro gástrico hasta el cardias (unión esófago-gástrica), seccionando los vasos gastroepiploicos y los vasos cortos gastro-esplénicos, intubación gástrica con sonda tipo Fouches de gran calibre que es la que sirve de tutor para la tubulización gástrica, y sección vertical de todo el estómago disecado mediante endograpadoras EndoGIA 75 de el asa Ethico, con carga verde (grapa más ancha) en las proximidades del ancho gástrico y cargas doradas para el resto (grapa más estrecha). Sobresutura de la línea de grapado con hilo continuo de monofilamento irreabsorbible para efectos hemostáticos y reforzar la resistencia a la tensión y colocación de parche de Tachosyl en la unión esofagogástrica».

No consta que se produjera ninguna incidencia intraoperatoria, ni en protocolo de la intervención ni en hoja de registro de enfermería (folio nº 99). El curso postoperatorio inmediato fue el esperado tal y como consta en historia clínica: «Postoperatorio sin incidencias» (folio nº 11), siendo dada de alta la paciente a las 48 horas de la intervención con buen estado general, con dieta líquida y con indicaciones específicas nutricionales y de control de las heridas, para los siguientes días hasta cita de control.

Así pues, la intervención fue correctamente realizada, por lo que, desde el punto de vista de la técnica empleada, fue adecuada a la *lex artis ad hoc*.

Asimismo, consta la existencia de dos consentimientos informados de la paciente, previos a la intervención. Así, consta uno de la consulta de Cirugía

Digestiva del HUNSC, en el que, a pesar de no constar la fecha de la firma, se desprende que fue anterior puesto que en el envés de dicho DCI figura un dibujo supuestamente realizado por el facultativo a modo de explicación de la técnica quirúrgica (folio nº 233). De lo que se deriva que la misma fue, además de por escrito, también informada verbalmente.

Además, consta el mismo documento de consentimiento informado firmado el 7 de marzo de 2014 tanto por el especialista que intervino a la paciente en el (...), como por ella misma (folios nº 396 y 397).

En ambos documentos quedan específicamente señalados los riesgos propios de la intervención realizada.

Por ello, también desde el punto de vista formal, en orden a la existencia y suficiencia de la información a la paciente, la intervención quirúrgica fue conforme a la *lex artis*.

3) Complicaciones surgidas. No antijuridicidad de las mismas.

Tal y como se informa por el Dr. (...), una vez dada de alta, la paciente ingresa de nuevo desde Urgencias por empeoramiento súbito del estado general, con clínica sugestiva de complicación postoperatoria del procedimiento bariátrico, que se confirma mediante TAC (fallo en la sutura gástrica a nivel del Cardias y fístula gástrica). Así pues, la fístula gástrica que en su reclamación se atribuye por la interesada a la intervención urgente de 9 de abril de 2014 fue consecuencia de la anterior, y debidamente señalada como eventual complicación en el DCI, como veremos.

En este sentido, explica el especialista que la complicación por fallo de línea de sutura es ampliamente conocida, constando en todas las guías de tratamiento, por lo que se explica a los pacientes antes de la cirugía. Según la Guía Clínica para el tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida de la Asociación Española de Cirujanos, la posibilidad de fallo de sutura varía según los estudios entre un 1-5% de los casos, sin que se pueda establecer fehacientemente las causas que lo provocan, siendo su origen más probable la isquemia de la zona de la unión esófago-gástrica. Pero no se ha podido determinar exactamente el porqué de ello, ni el por qué se da en algunos pacientes y en otros no.

Al respecto, consta, como se ha dicho anteriormente, que la paciente firmó el DCI en dos ocasiones, tanto en el HUNSC, como en el propio (...), el 7 de marzo de

2014. En ambos DCI consta como riesgo poco frecuente y grave, la formación de fístulas por alteración en la cicatrización de las suturas. Explica también que las posibles complicaciones pueden requerir tratamiento quirúrgico para su resolución, como así hubo de ocurrir.

En el DCI la paciente declaró haber sido informada del procedimiento, así como de sus riesgos y complicaciones, y que asumía estos riesgos y/o secuelas que pudieran derivarse del procedimiento quirúrgico, pese a que los médicos pusieran todos los medios a su alcance, como así fue estaba debidamente informada de los posibles efectos indeseables de la intervención. De esta forma asumió el riesgo de fístula gástrica por fallo en la cicatrización de la sutura, que, aun siendo sólo un riesgo posible, podía materializarse en daño como realmente ocurrió.

Por tanto, como concluye en este punto la Propuesta de Resolución, a pesar de que la fístula está relacionada causalmente con la intervención, no constituye daño antijurídico puesto que la propia reclamante se sometió a la intervención en la que no queda acreditada la mala praxis, conociendo los riesgos a los que se exponía.

4) En relación con el tratamiento de las complicaciones surgidas ha de partirse, como se hace en el informe del SIP, según lo expuesto en el informe del Dr. (...), de que los fundamentos para el control y resolución de las fístulas digestivas en general y las secundarias a procedimientos bariátricos en particular se basan en cuatro pilares que han de cumplirse:

- Buen drenaje de la zona del fallo. La reintervención y colocación de drenajes ha de acompañarse de un intento de cierre del defecto, o al menos de reducción de calibre del orificio ya que está demostrado que casi nunca se consigue el cierre primario de la fístula por las características de los tejidos inflamados.

- Control de la infección. Se controla con buen drenaje y la administración de antibióticos específicos.

- Evitar en lo posible el paso de alimentos y líquidos digestivos por la fístula. Para ello se buscan vías alternativas de alimentación, como la parenteral (nutrición intravenosa) o la enteral, buscando un acceso al intestino distal a la fístula (yeyunostomía percutánea).

- Mantener un alto nivel de nutrición para favorecer la cicatrización. A estos pacientes se les provoca un proceso de autoconsumo, es decir, que no pueden ingerir la cantidad de nutrientes que consumen, de ahí la pérdida de peso. Este proceso

ayuda a cicatrizar las fístulas y ralentiza todo el proceso. Por eso es importante tener vías de hipernutrición durante el período de cicatrización.

Pues bien, dados tales parámetros hay que ir valorando la evolución en cada paciente para ir adaptando el tratamiento más indicado en cada momento.

Así, en el caso de la reclamante, en un primer momento, cuando, tras el alta de la cirugía, ingresa desde Urgencias por empeoramiento súbito del estado general, con clínica sugestiva de complicación postoperatoria del procedimiento bariátrico, se confirma mediante TAC la existencia de fallo en la sutura gástrica a nivel del cardias y fístula gástrica). Por ello el día 9 de abril de 2014 se intervino de urgencia con drenaje de fístula y creación de vía alternativa de alimentación, así como intento de cierre o disminuir el calibre de la zona del fallo de la sutura. Se coloca también sonda para yeyunostomía y se pauta tratamiento con antibióticos (folio nº 210).

Tras buena evolución, comienza con fiebre y tras TAC abdominal se observa colección paragástrica, que fue drenada. Posteriormente pierde de forma accidental la sonda de yeyunostomía por lo que hubo de pasar a alimentación parenteral y posteriormente a colocación de sonda nasoyeyunal para alimentación enteral de nuevo.

Se procedió a varios intentos endoscópicos para cierre o disminución del orificio de la fístula mediante colocación de clips.

Posteriormente le fueron recolocados drenajes intraabdominales de menor calibre y paulatinamente el débito del drenaje fue disminuyendo.

Desde el alta con fecha 19 de junio de 2014 la paciente siguió controles en Consulta Externa de Cirugía, en contra de lo señalado por ella, objetivando buena evolución y disminución de la cavidad, por lo que se decidió movilizar el drenaje para ir reduciendo el tamaño.

Finalmente, causó alta definitiva el 30 de junio de 2015.

3. Ahora bien, con respecto a la última fase, la referente al tratamiento proporcionado ante las complicaciones surgidas en la intervención de cirugía bariátrica, hay determinadas cuestiones planteadas por la reclamante que no han sido tratadas en la Propuesta de Resolución, como tampoco en los informes recabados durante la tramitación del procedimiento.

- Así, en primer lugar, la interesada señalaba en su escrito de reclamación:

«A fecha de 19-06-2014 es remitida por el Dr. (...) a la consulta de radiología para la sustitución del drenaje por uno de menor calibre, cambio que no tiene lugar puesto que tras entrar ya preparada y tumbada en la camilla a la espera de dicho tratamiento transcurrida una hora, le es comunicado que no puede realizarse debido a que dicho drenaje no se encuentra en farmacia y que por lo mismo es imposible su sustitución, diciéndosele que se la llamaría en unos días para realizar el recambio de su drenaje. Transcurrido un mes sin que se le haya sustituido el mismo y con un seguimiento del mismo nulo, sin ningún tipo de control ni seguimiento (ni postoperatorio, ni nutricional, ni análisis sanguíneos o asesoramiento psicológico) por parte del complejo hospitalario».

Por su parte, el informe emitido por el Dr. (...) reconoce:

«(...) no me consta ninguna complicación clínica, aparte del hecho de que en un momento determinado no se pudo recambiar el drenaje porque se había agotado el stock de la clínica y se pospuso».

Y señala el SIP:

«El 25 de julio de 2014 acude a Radiología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) para cambio de drenaje por uno de menor calibre, pero no pudo llevarse a cabo por falta de existencia en Farmacia».

Sin embargo, nada se explica en los informes recabados acerca de este contratiempo. Ni la causa por la que se informó de la falta del producto en stock cuando ya la paciente estaba dispuesta para su recambio, ni cuándo se produjo tal recambio, ni las repercusiones del retraso de este hecho en la salud de la paciente.

Todo ello habrá de explicarse debidamente.

- Por otra parte, señala la interesada en su reclamación:

«En fecha 20-08-2014 mi mandante se dirige nuevamente a Urgencias del (...) aquejada de un fuerte dolor en un costado (zona del drenaje intraabdominal) y alto volumen del drenaje, tensión arterial baja y malestar general, no es atendida ni en urgencias ni en consulta, puesto que los médicos que han llevado su caso están de vacaciones y el cirujano que la había operado Dr. (...) ya no trabaja en ese dicho hospital, por lo que regresa a casa igual. Por lo que con fecha 25-08-2014 solicita que se le derive al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, ya que en dos meses desde su alta médica y casi seis meses con una fístula abierta en su abdomen sin tratamiento ni seguimiento».

Asimismo, en los antecedentes obrantes en la historia clínica de la reclamante, expuestos por el SIP, ciertamente consta que la paciente acudió el 20 de agosto de 2014 de nuevo a (...) por intenso dolor en costado y alto volumen de drenaje

abdominal, tensión arterial baja y malestar general. Sin embargo, el siguiente hecho constatado es que el día 25 de agosto de 2014 se remite al HUNSC.

Por su parte, el Dr. (...) confirma en su informe que él mismo sufrió un accidente el día 26 de julio de 2014, por lo que, tras su recuperación, no se reincorpora a su actividad profesional hasta junio de 2015.

Ningún informe explica los tratamientos dispensados a la paciente entre el día 20 y 25 de agosto de 2014 en relación con el referido intenso dolor en costado y alto volumen de drenaje abdominal, tensión arterial baja y malestar general.

También esto deberá ser objeto de análisis por informe complementario que se emita.

4. Por todo lo expuesto, debemos concluir, por un lado, la ausencia de responsabilidad de la Administración en relación con las complicaciones surgidas de la intervención de gastrectomía tubular laparoscópica a la que se sometió la reclamante el 1 de abril de 2014, pues ha quedado debidamente acreditado que tal intervención estaba indicada en el caso de la paciente, habiéndose realizado los estudios previos necesarios. Además, la intervención se realizó adecuadamente según los protocolos y la paciente firmó el DCI donde asumía las eventuales complicaciones informadas, concretándose uno de los riesgos típicos, desafortunadamente en su caso.

Sin embargo, no estamos en condiciones de pronunciarnos sobre la adecuación a la *lex artis* del tratamiento dispensado posteriormente a la reclamante por la carencia de información al respecto, por lo que será preciso retrotraer el procedimiento a fin de recabar informe del Servicio concernido en orden a las cuestiones señaladas en el apartado anterior de este informe.

Una vez emitido este informe, deberá concederse nuevamente audiencia a la interesada, redactando entonces una nueva Propuesta de Resolución que se remita a este Consejo para la emisión del preceptivo dictamen.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse el procedimiento en los términos indicados en el presente dictamen.