



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 11 de noviembre de 2022.

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 (...), en su propio nombre y representación de sus hijos, (...), (...), (...) y (...), por la asistencia sanitaria prestada a su esposa y madre, (...) como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 399/2022 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante Oficio de 5 de octubre de 2022 (con registro de entrada en este Organismo el día 6 de octubre de 2022), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Los reclamantes solicitan en su escrito de reclamación ser indemnizados con la cantidad que asciende a 260.000 euros; montante que determinaría la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Consejero para solicitarlo, siguiendo los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante).

5. En lo que se refiere a la legitimación activa, los reclamantes ostentan la condición de interesados en el procedimiento al haber sufrido el cónyuge la pérdida de su esposa y los hijos la pérdida de su madre, como consecuencia, alegan, del funcionamiento de la Administración sanitaria [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

Al respecto, en el Dictamen 300/2022, de 20 de julio, con mención del DCC 141/2022, de 8 de abril, reseñábamos:

«Este Consejo Consultivo ha señalado en el Dictamen anteriormente emitido en relación con el presente caso (DCCC 221/2021, de 5 de mayo, recaído en el expediente 370/2019), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, siguiendo su reiterada doctrina emitida al respecto, lo siguiente:

En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

“Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: *“Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como “iure hereditatis”, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte “iure proprio”, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien “vida” sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible “mortis causa” a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales “iure hereditatis”».*

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Igualmente, en el presente caso también ostenta legitimación pasiva (...), como centro en que se realizó la intervención y el posterior tratamiento de la fallecida por derivación desde el Servicio público de salud. En este sentido señalábamos en el reciente Dictamen 77/2022, de 2 de marzo:

«Asimismo, se encuentra legitimado pasivamente el centro sanitario privado en donde fue dispensada la prestación médica a la paciente -por cuenta del Servicio Canario de la Salud a través de la figura del concierto sanitario-.

Como se ha manifestado en numerosos Dictámenes de este Consejo Consultivo (31/1997, de 20 de marzo; 554/2011, de 18 de octubre; 93/2013, de 21 de marzo; 154/2016, de 16 de mayo y 48/2017, de 13 de febrero, entre otros), los conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en los arts. 90 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos.

Conforme a la legislación de contratación administrativa, 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. Por ello, en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud -el Servicio Canario de la Salud en este caso-, como el centro sanitario privado concertado; porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de este, entonces está obligado a resarcirlo. En definitiva, en el presente procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, junto a éste, está legitimado pasivamente el centro sanitario privado concertado. Estas razones explican que el instructor lo haya llamado al procedimiento -en su calidad de presunto responsable del daño alegado- y le haya dado vista del expediente y trámite de audiencia.», doctrina íntegramente aplicable al presente procedimiento.

6. Por lo demás, la reclamación se ha presentado dentro del plazo de un año que la Ley establece, de acuerdo con el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presenta en fecha 3 de septiembre de 2019, en relación con el hecho lesivo alegado determinado presuntamente en el 13 de septiembre de 2018, por lo que no habría prescrito el derecho que asiste los interesados para reclamar.

II

1. En el escrito de reclamación los interesados, en síntesis, alegan que, con motivo de la colocación de una prótesis en una pierna por haberle sido amputada en el año 2013, la paciente debía disminuir su peso hasta los 80 Kg. Como no era capaz de rebajar tanto peso, el SCS decidió practicar una intervención quirúrgica de reducción de estómago, realizándose finalmente en (...) el 14 de junio de 2018.

Con fecha 17 de junio, sólo tres días después de la intervención, recibe el alta hospitalaria con cinco agujeros en el estómago, sin poder comer apenas y vomitando lo poco que podía ingerir. En las revisiones efectuadas en (...), la paciente se

quejaba de encontrarse bastante mal en general, y de continuar vomitando todo lo que comía. Le contestaban que todo estaba bien y que eso era normal.

Con fecha 22 de agosto acude a control y se indica ingreso para reposición hidroelectrolítica y diagnóstico. Continúa mal y vomitando lo que comía. El día 30 del mismo mes y año le dan de alta al considerar que su estado era normal. Le indican dieta de fácil masticación y tratamiento farmacológico (protector gástrico, analgésicos, antieméticos, complementos vitamínicos y además, Hierro).

El 5 de septiembre acude de nuevo a (...) para revisión, pero la paciente no mejoraba, encontrándose cada día más fatigada y deshidratada. Se realiza nuevo ingreso, pero el día siguiente vuelven a decir que su estado es normal, realizándole pruebas. El día 7 de septiembre se encuentra en estado vegetal, sin poder hablar. Así continuó hasta que el día 13 de septiembre el médico les comunica que no superará ese día, pues le salen excrementos por la boca, los intestinos y los riñones no le funcionan, ni tampoco el corazón ni los pulmones. Ese mismo día, se produce el fallecimiento de la paciente.

En síntesis, los interesados consideran que su familiar falleció como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida por la paciente, razón por la que reclaman ser indemnizados en una cuantía total de 260.000 euros a razón de 90.000 euros para el viudo, 50.000 euros para cada uno de los hijos que tienen entre 20 y 30 años (3 hijos) y 20.000 euros para el hijo que tiene más de 30 años.

2. Mediante Resolución de 24 de septiembre de 2019, la Directora del SCS, admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente.

3. Con fecha 6 de agosto de 2022, consta registrado el informe del SIP, en relación con el daño por el que se reclama, (art. 81.1 LPACAP). Así, indica el informe:

« (...) El 21 de mayo de 2018, en la historia clínica de (...) figura reflejado en 2018 que (...) paciente de 51 años, con diagnóstico de obesidad mórbida, se remite desde el Servicio Canario de Salud con indicación de cirugía bariátrica.

Antecedentes patológicos: dislipemia, depresión reactiva en tto, tto con Sintrom por isquemia periférica, Asma, EPOC, RGE por hernia hiatal, amputación supracondílea del miembro inferior izquierdo por la isquemia periférica, fumadora. SDr. obesidad-

Hipoventilación. También SAHS leve con desaturación significativa nocturna, ventilación mecánica crónica.

Hipercapnia diurna. En julio de 2016 Poligrafía Respiratoria: (...) (...) Desaturación oximétrica a valorar en contexto clínico (obesidad, psicofármacos, patología pulmonar (...)). Inicia tto obesidad.

En controles sucesivos con el Servicio de Endocrinología Hospital Nuestra Señora de La Candelaria anotan: "Paciente (...) . en consulta por obesidad mórbida, se inició protocolo de cirugía bariátrica y se remitió en julio a cirugía, incorporándose en LE. Nov /16. Se realiza valoración prequirúrgica por los servicios que le atienden entre ellos Neumología, Cirugía Vasculuar, Endocrinología (...) desde 2016.

Según historial clínico desde 2013 la Sra fue cogiendo peso, y con una extremidad mutilada, estado de ánimo y la consiguiente peor movilidad, el aumento fue progresando, antes de operarse tenía sobre los 90 kg, aumentando paulatinamente de peso tras la cirugía de la extremidad inferior.

En abril de 2013 es intervenida de amputación de MMI, segunda cirugía en la misma zona intervenida en mayo de 2013. Posteriormente es remitida a Psiquiatría por trastorno adaptativo a amputación mayor, siendo ya la paciente estudiada y tratada por la USM, por depresión, problemas familiares importantes. Endocrinología, servicio del HUNSC, hace seguimiento y tratamiento de la obesidad mórbida.

En 2014 en control del Servicio de Endocrinología anotan: "tras la amputación disminuye actividad física y gana peso hasta los 125 Kg (...) no hace ejercicio por imposibilidad física y dolor y pasa unas 10-15 horas frente al televisor. Previamente, en enero de 2015, tenía 115 kg.

Este servicio solicita interconsulta a Psiquiatría y Neumología para valorar cirugía bariátrica, y anotan en historial clínico en mayo de 2015 tenía el visto bueno de la Unidad de Salud Mental para la cirugía bariátrica.

En febrero de 2016 visita al Servicio de Neumología para valoración respiratoria prequirúrgica (cirugía bariátrica). Se pautan normas y estudios.

En diciembre de 2016 se anota en historial clínico de la Unidad de Obesidad Mórbida del HUNSC: obesidad mórbida de mal control con tratamiento conservador. Tras estudio deciden la planificación: Información; Inclusión lista de espera; Consentimiento informado.

En seguimiento en la Unidad de dolor por sensación de miembro fantasma doloroso sobre todo en dedos sensación eléctrica. Sd Muñon Doloroso + Dolor por miembro fantasma.

En servicio de ACV (Angiología y Cirugía Vasculuar), que sigue a la paciente, en 2016 anotan: Continúa con dolor en cara int de muñon, de caract. neuropáticas. No signos isquémicos en el mismo. En Unidad del Dolor se intenta realizar radiofrecuencia de ganglio

pero no es posible debido a obesidad. Pendiente de CCEE Cirugía del Hospital Nuestra Señora de Candelaria para valorar cirugía bariátrica. Según historial de ACV en 2017 anotan que llega a 200kg.

En agosto de 2017 el Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar anotan en historial clínico del HUNSC: pendiente de Consultas Externas de Cirugía en el Hospital Nuestra Señora de La Candelaria, para valorar cirugía bariátrica, obesidad mórbida. Firma de consentimiento informado para cirugía bariátrica.

Estudios y tratamientos previos realizados en HUNSC, con más de dos años de evolución, con múltiples tto. conservadores infructuosos para su recuperación, se le ha propuesto intervención quirúrgica. Peso actual:142 kg, talla 1.68m. IMC: 49.36. Se le realizan distintas pruebas diagnósticas como estudio pulmonar, analítico, endoscópico, valoración psiquiátrica, hormonal. Dentro de límites normales. Se solicita preanestesia y se da C.I. Tratamiento preoperatorio. Programan para BPG con PDA a 450 cm el 14 de junio de 2018, fecha en la que se interviene en (...).

2.- Ingresada de manera programada en (...) y el 14 de junio es intervenida con bypass gástrico, cirugía bariátrica, por acceso laparoscópico, ajustado al IMC: " (...) (...) (...) Transección gástrica proximal para reservorio de 25-30cc y anastomosis gastroyeyunal con test hidroneumático de estanqueidad (...) ."pasa a UVI donde el mismo día 14 anotan en historial: "estable respiratoria y hemodinámicamente, sin incidencias postoperatorias. Por estabilidad pasa a planta".

Evolución satisfactoria con recuperación del tránsito a las 48-72 horas. Ingresada en planta para control postoperatorio. Tras cirugía ingresa estable hemodinámicamente. La exploración es normal.

Las valoraciones médicas y de enfermería constan dentro de la normalidad hasta el alta: pautas de movilización de MMII en cama desde llegada a planta, al día siguiente se levantará de la cama, control de ctes. curas de herida a las 48 horas, faja elástica abdominal (...) . to médico (radioterapia, heparina, sueros (...)). Se inicia tolerancia hídrica al tercer día, tolerancia proteica al cuarto.

3.- Fecha de alta el 17 de junio de 2018. Al alta "control por la consulta de cirugía bariátrica de (...) en la semana siguiente al alta y por la de Nutrición del Hospital de referencia a los 3 meses de su intervención". Recomendaciones que dan al alta: "control de temperatura mañana y tarde, consultar si fiebre, dolor, trastornos digestivos etc. acudir a urgencias de (...) si precisa (...) Dieta (...),hidratación (...) .heparina (...) control por médico de familia o los especialistas correspondientes con la incorporación tto médico habitual. Heridas al aire. Ejercicio moderado con faja elástica abdominal.

Retirada de ágrafes a los 10-12 días de la intervención (...) . A partir de la tercera semana del postoperatorio iniciar la dieta de masticación (...) (...) "

El 27 de junio de 2018 control de alta: peso actual 126,6 kg. Buen estado general, afebril, leve astenia, tolerancia baja. Retirados ágrafes de piel, pautados los suplementos en la carta de alta, volver al mes.

El 18 de julio nueva visita para valoración de la paciente en (...), primer mes, peso actual 121,5 kg (...) buen estado general, afebril, leve astenia, tolerancia baja. Tolera bien los suplementos, seguir con curas locales. Recomiendo piscina con apósito impermeable. Volver al segundo mes".

4.- El 22 de agosto de 2018 nueva visita, segundo mes, con el cirujano en (...), en esta fecha encuentran a la paciente afebril, pero con astenia intensa, tolera mal los suplementos, no los toma habitualmente. Remiten a urgencias para ingreso. Ingreso en esta fecha, para reposición hidroelectrolítica y diagnóstico. Peso actual 111 kg. Intolerancia a líquidos y a hidratación adecuada. Impresiona de fuerte depresión reactiva.

En esta fecha es valorada por el médico de urgencias, refiriendo que la paciente presenta vómitos incoercibles desde hace 3 semanas.

Exploración general encuentran signos de deshidratación. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, globuloso y doloroso de forma generalizada. Resto exploración es normal.

Ingreso con impresión diagnóstica de deshidratación.

Tras valoración realizada ingresa en Cirugía General y Digestiva.

El cirujano escribe en historial clínico: "con un buen postoperatorio inicial y aceptable ritmo de pérdida de pérdida ponderal comienza sobre su segundo mes de evolución a tener disfagia y epigastralgia con caída de la tolerancia digestiva y entrando en cetosis y deshidratación. Al acudir a control se le indica ingreso para reposición hídrica y diagnóstico digestivo (...) " en la evolución tras ingreso se observa: " mejoría progresiva y desaparición parcial de la náusea con reaparición de las molestias digestivas de disfagia y pirosis por lo que se solicita panesdoscopia oral".

La gastroscopia, del 28 de agosto, resulta normal. Gastroscopia post-cirugía bariátrica normal.

Tras ingreso y reposición hídrica, valoración dolor epigástrico que va desapareciendo, estudio endoscópico y analítico. Tolerancia con náuseas, dieta semiblanda. El día 28 de agosto la endoscopia demuestra mucosa normal y ausencias de complicaciones anastomóticas, sin dolor abdominal pero sí episodios nauseosos. El día 29 se reduce sueroterapia. El día 30 de agosto ya sin náuseas, aceptable tolerancia, se suspende sueroterapia. Preparación del alta.

5.- El día 30 de agosto de 2018 alta hospitalaria. Indicaciones para control en domicilio (...) Diagnostico principal: deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico, cetosis. Otros diagnósticos: postoperatorio de Bypass gástrico laparoscópico.

Control en la semana siguiente al alta en Unidad de Cirugía Bariátrica.

Al alta la paciente recibe instrucciones y medicación. Continuar con el protocolo de alimentación (...) con complementos nutritivos y vitamínicos En caso de empeorar digestivamente acudir al Servicio de Urgencia de (...).

Al acudir a control de consultas la paciente muestra un decaimiento general y sensorial y manifiesta junto a sus familiares anorexia y muy pobre ingesta, y si bien el control domiciliario de la ingesta fue impreciso, no totalizaba los 600-800 cc. Se le remite a urgencias para ingreso y reposición hidroelectrolítica

6.- La paciente, seguidamente, acude al Servicio de Urgencias de(...) el 5 de septiembre de 2018, tras acudir a consulta cirugía y el cirujano valorarla con intolerancia alimentaria y descompensación hidroelectrolítica Ingreso por la misma razón que la primera vez.

Impresión diagnóstica: deshidratación.

Se realiza exploración general, analítica general (...) consciente, orientada y aspecto decaído. correcta tensión arterial. Abdomen no distendido, tórax normal. Leucorrea. Se solicita lavado vaginal. Valores de INR bajos, toma Sintrom. Leucorrea, se toma muestra para cultivo.

Se instauró tto. de reposición hidroelectrolítica y de tolerancia digestiva progresiva con dificultades por la anorexia y se recupera la hemoconcentración progresivamente. Tras acordar pauta de Sintrom con Hematólogo (interconsulta) se cambia a heparina de bajo peso molecular por los A.P. de trombocitosis.

Interconsulta igualmente a Psiquiatría (Impresiona de fuerte depresión reactiva anotan en historial el día 5 de septiembre).

El día 6 de septiembre algo mejor de su estado de hidratación. Estudio microbiológico de exudado vaginal normal, cultivo sin patógenos.

El día 8 de septiembre tras llamada de enfermería a las 7 de la mañana, se valora a la paciente desorientada, taquicárdica, refiere dolor torácico. Ekg: taquicardia sinusal a 118 latidos por minuto. Se solicitan troponinas. Analítica.

Posteriormente, 9 de la mañana del mismo día, también refiere oliguria. Se coloca sonda de Foley. En regulares condiciones generales, dolor abdominal a nivel hipogástrico. Rx de tórax. Estos datos se anotan a las 09:30 horas del día 8. Controles.

A las 11:24 horas el médico anota: "paciente que ha sufrido deterioro del estado cognitivo con casi nula colaboración en la ingesta de la alimentación y pobre respuesta a la

restauración hidroelectrolítica. Presenta desorientación parcial, deshidratación de piel y mucosas, recuperación del ritmo de diuresis (...) . Analítica renal aceptable, con hemoglobina algo elevada. Se pasa a heparina de bajo peso molecular, aumentan aporte hídrico (...) se solicita nuevo control analítico (...) ”

El médico cirujano vuelve a valorarla a la hora siguiente: “continúa con intensa somnolencia, pendiente de reajuste de psicotropos, tolera alimentación dada por enfermería, ctes bien, mejora taquicardia, diuresis en fase poliúrica de la IRA que se compensa con cargas (...) . no edemas (...) sin focos dolorosos. Pendiente de movilizar si se despierta.

El día 10, parece algo mejor con menos depresión sensorial. Hemoconcentrada. Resto analítica dentro de lo normal. Reajuste de psicotropos. Tolerancia dieta oral. El día 11: “algo mejor, pero persiste somnolencia y desorientación (...) (...) . han aparecido algo de distensión centro-abdominal (...) .Lleva varios días sin deposiciones (...) . solicito Rx de abdomen”.

A pesar de la mejoría de los parámetros analíticos y hemodinámicos de los días 7 a 11 de septiembre, la paciente sigue con deterioro neurológico. Por lo que se realiza interconsulta a Neurología, TAC de cráneo y RMN cerebral.

El día 12 Rx de abdomen con meteorización del marco cólico hasta ampolla. Pautan enema. Desconectada del medio. Tolerancia digestiva aceptable. IRA resuelta.

El 13 de septiembre a las 11:38 horas el especialista escribe en historia clínica: la paciente ha presentado deterioro neurológico durante la noche y madrugada, pero en la misma línea de semiología que tenía previamente: hay más desconexión del medio pero no percibo focalidad en los trastornos motores, si bien pueden describirse movimientos de agitación psicomotriz limitados. Destaca en la exploración general hipoperfusión generalizada con acrocianosis en MMII, pero tb en piel, en MMSS y tronco con aspecto de hipoperfusión. Mantiene la TA, la FC de 110 sube a 130 y la diuresis se ha acortado. El abdomen está blando, depresible pero distendido difusamente, ayer no estaba así, no doloroso, sin irritación peritoneal. Hoy tuvo vómitos y diarreas malolientes en la analítica de la madrugada no se evidencian grandes desviaciones excepto el PCR, pero en la mañana el lactato sube a 3,6. TAC cráneo sin lesiones de origen vascular. Leve atrofia cerebral, se decide ingreso en UCI (...) (...) se programan RMN cerebral y TAC abdominal.

El 13 de septiembre de 2018 se realiza RMN cerebral y el resultado es: “las imágenes son compatibles con una pequeña área de aspecto isquémico a nivel vermiano que se sitúa en la cara posterior del cuarto ventrículo”. El médico anota: sin anomalías groseras.

La paciente sigue empeorando. Igualmente el 13 de septiembre se realiza TAC de tórax y abdomen. El TAC de tórax es normal.

En las conclusiones del TAC de abdomen: distensión intestinal, sugiere íleo sin causa con concluyente de oclusión. A valorar también posible causa metabólica o refleja. Zona de transición y edema en yeyuno distal, en grado moderado, a considerar de persistir la clínica como causa posible de pseudo-oclusión. Esteatosis hepática difusa.

La paciente, continuó deteriorándose, "con fracaso hemodinámico progresivo, acrocianosis y acidosis metabólica. Valorada la posibilidad de trombosis mesentérica se indica laparotomía exploradora. Tras su realización se descarta el trastorno vascular, se diagnostica de íleo paralítico de causa metabólica con complicación séptica por traslocación bacteriana". En la cirugía se objetiva distensión abdominal generalizada (...) (...) sin evidenciar obstrucción. Aceptable perfusión visceral (...) . Anastomosis gastroyeyunal y yeyunoyeyunal sin alteraciones (...) sonda gastroduodenal bien colocada (...) (...) resto órganos digestivos sin alteraciones (...) ." Se informa a familiares presentes.

A las 19:40 del día 13 de septiembre el médico informa en historial clínico: "sigue una evolución desfavorable con progresión del cuadro séptico hasta la situación de shock, que finalmente desemboca en PCR

CONCLUSIONES

La Seguridad Social se hace cargo de la cirugía bariátrica cuando se considera que es la única opción que tiene el paciente para reducir su peso y mejorar su salud.

La cirugía Bariátrica o cirugía de la obesidad es un conjunto de tratamientos quirúrgicos que se prescriben en caso de Obesidades Mórbidas (Índice de Masa Corporal superior a 40), u obesidad Tipo II (Índice de Masa Corporal entre 35 y 40) con enfermedades asociadas como Diabetes.

Actualmente este tipo de procedimientos se realizan mediante Laparoscopia, técnica que se emplea para realizar intervenciones quirúrgicas a través de pequeñas incisiones, hecho que permite que el paciente se recupere mejor y antes.

1.- La Sra (...) afecta de obesidad mórbida en el contexto de variadas patologías sufridas, vasculares, pulmonares, depresión (...) estaba indicada la cirugía bariátrica. La salud de la paciente requiere disminución de peso. Previamente se intenta que baje de peso lo suficiente para mejorar su estado de salud por medios convencionales y no se logra.

Padecía de SDr. de obesidad-hipoventilación, que es una enfermedad respiratoria de las personas obesas que causa niveles bajos de oxígeno y demasiado dióxido de carbono en la sangre, el SHO es potencialmente mortal. El tratamiento para el SHO incluiría perder peso y tratar la enfermedad respiratoria siendo a veces necesario cirugía para ayudarle a perderlo. Este problema que padece se agrava por el asma y bronquitis crónica de las que está tb. afectada

A su vez la paciente necesitaba disminuir peso lo suficiente para poder andar ya que tenía amputada una extremidad inferior con necesidad de prótesis en la misma y que su cuerpo la resistiera. A esto se añadían otros problemas de salud.

2.- La técnica empleada, cirugía bariátrica por laparotomía es indicada, la menos cruenta y que permite una mejor y más rápida recuperación.

3.- Cierta grado de astenia y de molestias es normal tras este tipo de cirugías. La astenia intensa y la deshidratación es manifestada por la paciente tras el segundo mes de la cirugía.

Se comprueba por distintas pruebas diagnósticas e incluso por laparotomía exploradora que la cirugía es correcta, buena praxis quirúrgica, por lo que no es la cirugía la causa de la clínica, igualmente descartan problemas vasculares abdominales.

4.- El diagnóstico efectuado el 22 de agosto de 2018, desde que aparecen síntomas de astenia importante tiene que ver con la deficiente ingesta de alimentos y de suplementos nutricionales prescritos.

Tiene un primer ingreso el 22 de agosto en (...), fecha en que se encuentra daño metabólico y de deshidratación que restablecen con tratamiento, hidratación etc (...) es dada de alta cuando está recuperada, lo cual se expresa en las pruebas y exploraciones realizadas. Al alta recibe indicaciones sobre ingesta y tratamientos médicos.

5.- La paciente vuelve a acudir el día 9 de septiembre a (...) se realiza nuevo ingreso hospitalario al acudir la Sra en un estado de deshidratación y astenia muy importante. Previamente no acude al hospital. Han pasado 17 días del último ingreso.

Recibe tratamiento para intentar reponer nutrientes y recobrar equilibrio electrolítico, estando ingresada hasta el día 14 de septiembre de 2018, en ese periodo mejora y vuelve a empeorar, hasta que en dicha fecha la paciente fallece a pesar de las medidas adoptadas para su recuperación (...) ».

4. En relación con el informe preceptivo emitido por el facultativo especialista en cirugía general y aparato digestivo que intervino quirúrgicamente a la paciente, manifiesta en torno a la enfermedad, la operación y el fatal desenlace como sigue:

« (...) la paciente es una enferma pluripatológica portadora de graves secuelas vasculares-, amputación de MII, por trombocitosis, relacionable con la obesidad mórbida, grave depresión reactiva a su situación evolutiva de la que no se vislumbra mejoría o curación, así como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, asma bronquial, necesitadas estas patologías de polimedicación. Evidentemente no tenían buen control de sus desequilibrios ni sintomatologías y eran causa de su empeoramiento general.

2.- Muchos de los pacientes con obesidad mórbida presentan condiciones biológicas muy patológicas. La propia obesidad se convierte en causa de su mala evolución agravándose metabólicamente y conduciendo a mayor ganancia ponderal en un círculo vicioso. Esto conduce al colapso de todos los órganos y sistemas.

3.- FFDH era una de esas pacientes que de no actuar medicamente con la cirugía de la obesidad tenía muy mal pronóstico. Estos casos son asumidos con gran preocupación por la comunidad médica con la esperanza de cambiar su evolución natural.

4.- La intervención quirúrgica del día 14/06/2018 fue satisfactoria, superando las dificultades que estas técnicas siempre comportan, al tercer día del postoperatorio se comprobó la tolerancia digestiva a infusiones y agua y se le dio de alta sin registrar complicaciones.

5.- En los controles por consultas externas a la semana y al mes de la intervención quirúrgica se recoge el dato de la baja tolerancia a la dieta oral, circunstancia frecuente en los operados. No se habla de vómitos y se le estimuló a hidratarse mejor.

6.- al 2º mes de la IQ en el control por consultas externas del día 22/08/2018 se detecta astenia, baja tolerancia a la dieta, y falta de adherencia a los tratamientos con suplementos nutricionales, a estos se había comprometido al firmar el consentimiento informado y su falta compromete seriamente el metabolismo.

7.- Se le ingresa hospitalariamente ese mismo día, 22/08/2018, para su compensación, al mejorar se le estudia por endoscopia oral 28/08/2018 descartando ninguna complicación o alteración del paso de los alimentos. Se le dio de alta recuperada su hidratación y mejorando su estado metabólico para continuar con controles por consultas externas.

8.- En el siguiente control por CCEE, 09/09/2018, se detecta un fuerte componente depresivo, rechazo a la alimentación y a la hidratación por lo que se indica nuevo ingreso con el objetivo de nueva compensación con terapia hospitalaria. Se trabaja intensamente con la aplicación de tratamientos para la rehidratación y la nutrición enteral y vía parenteral, se corrige poliuria por insuficiencia renal secundaria a la deshidratación, se hace valoración multidisciplinaria donde concurren los servicios de hematología neurología radiodiagnóstica, médico de urgencia y médicos intensivistas.

Se realizan gasometrías, analíticas de sangre, hasta 17 extracciones entre generales y urgentes, radiografías, tomografías computarizadas (scanners) de tórax, de abdomen y de cráneo, resonancia magnética nuclear de cráneo e intervención quirúrgica de revisión por la sospecha de posible isquemia mesentérica.

Fueron excluidas todas las causas quirúrgicas o de mal funcionamiento del bypass gástrico o de trastornos vasculares. La evolución desfavorable y sus trastornos metabólicos desembocan en sepsis y shock y ulteriormente en exitus (...) ».

5. En fecha 5 de septiembre de 2022, se emite el Acuerdo sobre el periodo probatorio, admitiendo la documental obrante en el expediente.

6. En esa misma fecha, 5 de septiembre de 2022, se concede el trámite de vista y audiencia del expediente, notificando los interesados oportunamente a efectos de que presentaren las alegaciones que estimasen por convenientes. Lo que efectivamente se hizo reiterando las pretensiones iniciales mediante el oportuno escrito de alegaciones presentado en fecha 3 de octubre de 2022.

7. Con fecha 5 de octubre de 2022, se emite Propuesta de Resolución en la que se desestima la reclamación formulada por los familiares de la persona fallecida.

8. Se ha sobrepasado ampliamente y sin justificación al respecto el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por el esposo e hijos de la paciente fallecida al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración pública.

2. En el supuesto planteado los interesados solicitan ser indemnizados cuantitativamente por los daños y perjuicios ocasionados por el exitus de la esposa y madre de los reclamantes con base en la deficiente asistencia sanitaria prestada por el SCS.

3. La intervención quirúrgica que los reclamantes indican como causa del hecho lesivo (el exitus de la paciente) se identifica como la cirugía Bariátrica o cirugía de la obesidad, operación que comprende un conjunto de tratamientos quirúrgicos que se prescriben en caso de Obesidades Mórbidas, siendo este el diagnóstico que la paciente recibiría mediante los resultados de las pruebas médicas practicadas. Siendo así, este procedimiento se practicó adecuadamente mediante Laparoscopia, como está medicamente indicado por resultar menos agresiva la técnica empleada para combatir la obesidad mórbida, habiéndose comprobado fehacientemente además que la paciente afronta una recuperación postquirúrgica más soportable si cabe.

4. Al respecto, no podemos dejar de evidenciar la exhaustividad con la que el SIP nos informa tanto en cuanto a los antecedentes de hecho clínicos de la paciente como las consideraciones y conclusiones que nos transmite. Habiéndose comprobado con la restante documental médica obrante en el expediente que a la paciente se le atendió facultativamente en cada momento según los antecedentes clínicos de la enferma, lo que determina que no fueron ignoradas las exigencias de buena actuación médica en todo el proceso, habiéndose empleado los medios sanitarios existentes en relación con los síntomas padecidos, así como los tratamientos médicos que se aplicaron según la enfermedad sufrida. Lo que demuestra un debido cumplimiento asistencial acorde con los protocolos sanitarios establecidos.

En resumen, la afectada padecía de obesidad mórbida juntamente con otras patologías diagnosticadas: vasculares, pulmonares, el asma y bronquitis crónica, obesidad-hipoventilación, depresión (...) En atención a su historial y enfermedad que debía tratarse estaba indicada la cirugía bariátrica, recomendándose previamente una disminución de peso, lo que no cumplió la enferma.

Realizada la intervención quirúrgica correctamente, la paciente sufre de astenia intensa y deshidratación en el segundo mes desde la cirugía. Por lo que se realizaron distintas pruebas diagnósticas e incluso por laparotomía exploradora determinándose nuevamente que la cirugía se practicó de conformidad con la buena *praxis* quirúrgica.

El diagnóstico efectuado el 22 de agosto de 2018, determina la deficiente ingesta de alimentos y de suplementos nutricionales prescritos a la paciente, si bien, el daño metabólico y de deshidratación se restablecieron mediante la aplicación del tratamiento médico correspondiente durante el ingreso de la paciente, recibiendo el alta cuando está recuperada. En consecuencia, se comprueba que la asistencia médica cumplió con los parámetros establecidos siendo adecuada, utilizándose los medios científicos disponibles.

En el ingreso hospitalario de 9 de septiembre, la paciente sufrió un estado de deshidratación y astenia nuevamente, instaurándose el tratamiento médico indicado para intentar alcanzar mejoría en su delicado estado de salud, lo que no fue posible a pesar de las distintas medidas adoptadas para perseguir una recuperación de la enfermedad. Razón por la que se produjo finalmente el *exitus* no deseado de la paciente.

5. En definitiva, los informes médicos contrastados debidamente con la documental obrante el expediente coinciden al indicar que se actuó conforme al protocolo médico establecido, como así se ha demostrado; verificando todos ellos que la paciente recibió la asistencia médica oportuna según su frágil estado de salud. En el mismo sentido expuesto podemos citar los informes clínicos de anestesia, así como los documentos mediante los que la paciente fue informada consintiendo la intervención quirúrgica y la aplicación de la anestesia, entre otros muchos de los informes médicos que conforman la historia clínica del paciente coincidiendo en todos sus extremos, como ya se ha advertido, con la restante documental a efectos probatorios.

6. En el supuesto planteado, pues, no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud porque la intervención quirúrgica consistente en una cirugía Bariátrica se realizó cumpliendo con la buena *praxis* médica, siendo el diagnóstico posterior correcto, tratándose la sintomatología que iría presentando el paciente de conformidad con el protocolo médico pautado, no habiéndose probado por los reclamantes una actuación sanitaria deficiente, por lo que no puede apreciarse nexo causal entre el funcionamiento del SCS y el daño tristemente soportado por los interesados.

7. Por lo tanto, la Administración Sanitaria ha acreditado en el presente supuesto que se ha actuado conforme al criterio de la *lex artis ad hoc*, determinándose la normalidad de los actos médicos, habiendo cumplido con el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida de acuerdo con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP). Por lo que no existiendo nexo causal que atribuya responsabilidad al SCS por los hechos alegados por los reclamantes, la reclamación debe ser desestimada.

8. En definitiva, al no concurrir en el presente caso infracción de la *lex artis*, sin que se haya demostrado por los reclamantes daño antijurídico alguno ni el nexo de causalidad requerido, no nacería pues el deber de indemnizar.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por los interesados, se considera conforme a Derecho.