Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 5 7 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de diciembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...) por el fallecimiento de su hija, (...) como consecuencia de las presuntas lesiones derivadas del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 715/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Los reclamantes solicitan una indemnización conjunta de 287.586,12 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Excma. Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación, además de la 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; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del 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.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo, padres y hermana de la paciente fallecida, la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que se reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 640/2024, de 6 de noviembre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que 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 propio", 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 si 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".

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

La citada doctrina resulta aplicable al presente asunto, por lo que los reclamantes poseen interés legítimo para interponer la reclamación.

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, mediante el SCS, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó por el Hospital (...). Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste también 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 LRJSP, es de aplicación el art. 198 de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público (y preceptos equivalentes de la legislación de contratos posterior -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 y art. 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público-).

Como hemos manifestado en diversas ocasiones (por todas, DDCCC 59/2014 y 406/2016, 287/2017 y 139/2021): *« (...) 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».*

Consecuentemente, el centro sanitario privado concertado, que puede responder, en su caso, de los daños por los que se reclama, tiene la condición de interesado en el procedimiento, conforme dispone el art. 4.1.b) LPACAP.

Así, se dio traslado del expediente y se le ha notificado a este centro concertado el correspondiente plazo tanto para proponer prueba como para efectuar el trámite de audiencia.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presenta la reclamación el 28 de junio de 2016, respecto a un hecho lesivo producido el 28 de junio de 2015.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, procede reproducir lo manifestado la reclamación formulada por los interesados:

«PRIMERO.- RELACIÓN CRONOLÓGICA DE HECHOS: Que los reclamantes como padres y hermana de (...), con D.N.I (...) y NSS (...), presenciaron y fueron partícipes pasivos en la sucesión de hechos que se describen.

1°.- (...), tenía un sobrepeso palpable calificable de patológico, sí bien no tenía específicas o especiales complicaciones derivadas de la misma, desde el punto de

vista de otras enfermedades tales como diabetes, arteriosclerosis, artrosis etc. Como consecuencia de tal fue remitida por el Servicio Canario de Salud, a partir de este momento (SCS), a través del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria con el diagnóstico de OM, al Centro (...), para cirugía bariátrica. Siendo su índice de masa corporal 43,56. Dado que este se concretó como único posible tratamiento.

2°.- Dicha intervención según parece a tenor del expediente clínico acompañado, tras pautarse los estudios correspondientes se programa para B-P con PDA a 270 Cm el 3/02/2015, intervención que finalmente se produce en dicha fecha. Habiendo firmado según parece, del duplicado referido consentimiento informado en fecha 3 de febrero de 2015. Esto es el mismo día de la operación programada, sin que conste la hora, y tampoco otros datos. Impidiendo por su escasa antelación en todo caso una reflexión adecuada de las consecuencias, riesgos y beneficios. En todo caso, por que dicho consentimiento tampoco realiza una adecuada, personal y específica puesta en conocimiento de las posibles complicaciones y efectos secundarios. Al igual que tampoco establece una concreta técnica, si bien, parece añadirse un dibujo explicativo, esta pendería en todo caso de la decisión del cirujano una vez procediera a la visualización o abordaje interno.

3°.- Desde dicha intervención, fue atendida y controlada su evolución por el mismo servicio y equipo médico en las fechas 11/02/2015, 9/03/2015 (solicitud de analítica), 6/04/2015 (analítica OK), 3/06/2015 (solicitud de analítica).

En este caso se le pautó que la misma acudiera a urgencias caso de producirse algún tipo de alteración importante en sus funciones digestivas. Tales como fiebre, dolor, trastornos digestivos, etc (diarreas, vómitos, dolor agudo), al Servicio de Urgencias de (...) si precisa.

En el propio consentimiento consta que, ante complicaciones descritas, requeriría posible reintervención de urgencias.

4°.- En fecha 26 de junio de 2015, acude la misma por dolor abdominal de 24 horas de evolución. La médico de urgencias, tras su primera evaluación avisa a Cirugía que hace su evaluación. Refiriendo la paciente dolor epigástrico moderado y náuseas y vómitos que han remitido en las últimas horas (se desconoce qué se le ha administrado para tal), y en todo caso, si este alivio es consecuencia de no ingesta.

Y se advierte según la Doctora riesgo de suboclusión por fibras al incluir su ingesta fruta y verduras dado el tiempo desde la operación practicada.

5°.- En las horas que siguen la misma ingresada en planta es atendida por el médico de guardia y es llamado por exacerbación del dolor a las 23:54 y a las 6:43. Practicándose estudios analíticos.

6°.- Tras esta segunda llamada se decide a llamar al cirujano que se comunica con él a las 8 de la mañana, ordena la realización de un TC y el traslado a la UCI previo a laparotomía de urgencia que se organiza desde antes ese momento. Dicho TC muestra perforación de víscera hueca

(neumoperitoneo) y liquido libre abundante y no orienta en otras direcciones,

7°,- Desconocemos la hora, pero tras la realización de TC y, siendo que se realiza laparotomía y se lava la cavidad, se localiza perforación en la base de una brida enteromesentérica distal unos tres cm a la anastomosis enteromesentérica, que lesiona la pared intestinal por tracción y enlaza un tramo del intestino delgado inmediato a esta base de unos 2 metros que tras su liberación comienza a recuperarse,

En esta exploración señala que es de destacar que hay otros territorios viscerales que también están muy isquémicos y que no tienen relación anatómica con lo enlazado en la brida como el colon sigmoide y los anejos, que presentan signos de color y consistencia muy patológicos, Todo ello conforme al documento de epicrisis entregado con historial médico de la paciente, En esta operación se practica sutura de esta perforación, lavados repetidos y se constata la recuperaclon del segmento intestinal comprometido, realizando cierre y paso a la UVL.

8º, Tras dicha operación la recuperación hemodinámica es muy difícil y han de utilizarse drogas vasoactivas muy potentes que comprometen también la circulación visceral, En torno a las 9 horas parece mejorar levemente cediendo un poco la taquicardia y la hipotensión pero sobre las 6 de la mañana experimenta empeoramiento hermodinámico y se decide revaluación quirúrgica (encontrando líquido peritoneal seroso maloliente, infarto intestinal masivo que afecta tanto a intestino delgado como a apéndice, colon descendente y sima. Trompas con fimbrias violáceas congestivas. Lo que confirma el infarto intestinal masivo y la inviabilidad de la paciente. Causa exitus letalis en la UVI a las pocas horas 12:40.

Señalando como diagnóstico principal fracaso múltiple orgánico secundario a isquemia intestinal masiva. Perforación intestinal. Esto es shock séptico de origen abdominal».

2. En cuanto a los motivos en los que fundamentan su reclamación, relacionados todos ellos con la *mala praxis* que imputan al personal sanitario que atendió a la afectada, se afirma por parte de los interesados que:

«SEGUNDO. - RELACIÓN CAUSA EFECTO: La muerte de la paciente, se produce por un shock séptico derivado de una perforación intestinal, formación de brida, y problemas vasculares. Todos ellos, posibles, pero de muy baja incidencia, todos ellos dables como secuelas o complicaciones tras cirugía bariátrica. No obstante, los abordaremos como hechos independientes pero interrelacionados.

a.- Durante el transcurso de posoperatorio la paciente no fue sometida a prueba de diagnóstico por imagen con o sin contraste de la zona intervenida y aledañas, consideración que se realiza sobre la base de que en la medida que dichas secuelas o complicaciones se pueden producir, y ser o requerir de tratamiento urgente, hubiera de descartarse su existencia y evolución transcurrido un tiempo prudente de la operación bariátrica de 3 de febrero de 2015.

b.- Durante el transcurso de su ingreso el 26 de junio a las 16:00 en el Centro H., con cuadro abdominal de 24 horas de evolución, no fue sometida a prueba de diagnóstico por imagen con contraste, que estando a disposición fue postergada hasta pasadas muchas horas (27/06/2015 a las 8:40), 24+16:40, para una persona que como mínimo pudiera catalogarse de riesgo, dado que la misma podía ser sujeto de complicaciones derivadas de aquella, es excesivo, y como mínimo supuso un retraso en el diagnóstico de la gravedad de la patología inasumible.

La puesta en riesgo de la salud de la paciente, por retraso en el diagnóstico dada la no práctica de pruebas concluyentes, que, existiendo, según el estado de la técnica y estando a disposición, no fueron prescritas entre las 16:00 del día 26 de junio y las 8:40 del día 27 de junio. Esto es 16 horas, que unidas a las 24 de evolución, supusieron 40 horas en las que no se actuó en manera eficaz para determinar el origen de los síntomas en una paciente de riesgo, por haber sido sujeto de una operación que puede cursar con complicaciones.

c.- Que dado el hecho de que comenzaba a comer sólidos, tales como frutas y verduras, existía riesgo de obstrucción o taponamiento, entre otras causas por falta de diámetro de las uniones. En ese momento, que se puede conocer con certeza la funcionalidad del tamaño, diámetro o estrechez de las uniones entre resto funcional de estómago e intestino a los efectos de un tránsito digestivo normalizado o con ingesta de sólidos. Tales horas de retraso, en la práctica de prueba diagnóstica eficaz supusieron el postergar un tratamiento eficaz.

d.- De ello podemos colegir, que, tanto desde el punto de vista del posoperatorio, como de la asistencia a posible complicación, se omitió el realizar prueba de contraste, y en el

segundo caso, su retraso significativo, si se tiene en cuenta las 24 horas de evolución previa de los síntomas, pudo suponer un desenlace fatal.

e.- Si la sintomatología era difusa, se debió observar una mayor diligencia a la hora de utilizar medios de diagnóstico por imagen que más tarde sí se usaron, pues en tales padecimientos suele cursar en tal forma de sintomatología difusa, pues cuando ya surgen en manera florida, casi imposibilitan la actuación por ser tarde, por lo que un retraso de horas aumenta exponencialmente la posibilidad de desenlace fatal».

3. Por último, concretan, en tres momentos denominados decisorios, las actuaciones contrarias a la *lex artis* que dieron lugar al resultado final, el fallecimiento de su hija, lo cual se hace en los siguientes términos:

«Lo que al caso se concretaría, en cuando menos tres momentos decisorios:

1°.- Pautada una intervención de cirugía mayor a un paciente de riesgo, se le informa escasamente de las repercusiones y complicaciones futuras que pudiera tener dicha cirugía. Observándose una falta de información en el consentimiento informado, y del suficiente tiempo para una reflexión adecuada pues se firma (a tenor de la fecha el mismo día de la operación). Dicho consentimiento minimiza los riesgos y complicaciones, realizando una descripción genérica.

2°.- Tras la primera cirugía y en el posoperatorio no se realizan pruebas radiográficas con o sin contrastes que determinen la evolución de la cirugía practicada. Dichas pruebas hubieran podido objetivamente determinar la evolución de las patologías después encontradas. En un estadio inicial, abordables en manera incluso preventivas. Durante 5 meses dichas patologías pudieron evolucionar larvadamente, pues ante la ausencia de pruebas diagnósticas por imagen existentes, no se le practicó ninguna de ellas.

3°.- En un momento posterior ante una paciente con antecedentes de riesgo o situación de objetiva posibilidad de complicaciones (post operación bariátrica by pass gástrico), con sintomatología (difusa o no lo cierto es que existía), ante altas sospechas clínicas de su existencia (oclusión), en la que su detección e intervención temprana son cruciales para salvar la vida del paciente. Se difirió prueba diagnóstica más de 16 horas desde el ingreso, o más de 40 desde inicio de sintomatología. Es una dejación, o cuando menos, una inadecuada atención y utilización de medios. Si tales medios no pudieron estar disponibles, o los equipos que debieron realizar la asistencia tampoco, hubo de desviarse a centro u hospital de mayor nivel. Y no esperar a que los síntomas fueran floridos para utilizar pruebas de visualización diagnóstica, aunque fuera una simple radiografía, o un TAC, el cual, de haberse practicado con horas de antelación, hubiera a buen seguro evidenciado las complicaciones surgidas, permitiendo un más urgente abordaje e incremento de las posibilidades de supervivencia.

Y ello porque en este tipo de pacientes, incluso ante la alta sospecha clínica de una complicación es indispensable la laparoscopia, aun si las imágenes son negativas y más

cuando las imágenes no están disponibles en el momento en que el cirujano las consideró. Una exploración quirúrgica negativa, lejos de considerarse una cirugía innecesaria o un evento adverso, por el contrario, indica un adecuado juicio clínico y quirúrgico.

El retraso diagnóstico, al no haberse practicado pruebas de visualización, cuando además esta reveló la existencia de complicaciones importantes, supuso una inasumible puesta en riesgo y mal funcionamiento, pues de haberse practicado con anterioridad, a buen seguro hubiera detectado la existencia de una patología que requería intervención urgente.

Pero que habría ya evolucionado durante más de 16 horas, desde el ingreso, o 40 desde inicio cuadro clínico.

Y ello es importante al caso, pues lo cierto es que el óbito se produce por septicemia generalizada, cuadro que a buen seguro evolucionó en horas previas. Pues lo general es que cuanto mayor es el tiempo para su solución, mayores posibilidades de complicación,

Tanto por la vía de la consideración de una posible oclusión como de una perforación, (La Oclusión Intestinal u obstrucción intestinal después de cirugía abdominal es una complicación que se puede presentar hasta en un 15% de los pacientes), las cuales son importantes diagnosticar debido a que si no se solucionan ponen en peligro la vida del paciente pudiéndole causar una isquemia intestinal, perforación, peritonitis e inclusive llevarlo hasta la muerte al no hacer el diagnóstico y tratamiento adecuadamente de forma precoz».

III

1. En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, este comenzó el día 28 de junio de 2016, a través de la presentación de la reclamación efectuada por los interesados.

2. El día 8 de agosto de 2016, se dictó la Resolución núm. 363/2016 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se admitió a trámite la reclamación formulada por los interesados.

El día 26 de diciembre de 2016 se dictó la Resolución núm. 548/2016 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se suspendió la tramitación del presente procedimiento, dado que se tuvo conocimiento de que los interesados se querellaron contra el personal sanitario que atendió a su hija fallecida. Por ello, se tramitaron diligencias previas en el Juzgado de Instrucción n.º 3 de Santa Cruz de Tenerife, dictándose el 21 de abril de 2017 Auto de sobreseimiento libre, contra el que se interpuso recurso de apelación, que fue

desestimado por Auto de la sección Sexta de la Audiencia Provincial de Tenerife de 22 de febrero de 2021.

Posteriormente, el día 4 de abril de 2023 se dictó la Resolución núm. 186/2023 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se levantó la suspensión de la tramitación del presente procedimiento.

3. El presente expediente no cuenta con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP), consta el informe del Jefe de Sección del Servicio de Cirugía General del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC) (páginas 154 y ss. del expediente administrativo) y el Informe de (...) (página 180 y ss. del expediente administrativo).

4. Además, se acordó la apertura de la fase probatoria, presentándose por los interesados informe médico-pericial. Después de ello se le otorgó el trámite de vista y audiencia a los interesados y a (…), presentando los primeros escritos de alegaciones, acompañado de diversa documentación, entre ella la correspondiente a las actuaciones judiciales.

5. El día 14 de noviembre de 2024, se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, de sentido desestimatorio.

En la misma se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que:

«Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico. En este caso, le es aplicable lo dispuesto en el informe de AJD 234/18 (ERP 169/17), que concluye : "cabe considerar procedente la desestimación de la reclamación formulada (...) no habiéndose aportado por el interesado prueba suficiente que pueda sostener las alegaciones por aquel presentadas, no ha dejado acreditado que sufriera daño alguno, ni que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la lex artis ad hoc o que hubiese habido mala praxis alguna. No ha quedado acreditado que el reclamante haya sufrido un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, no mediando relación de causalidad entre el proceder médico de la Administración sanitaria y los padecimientos aducidos por aquel"».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por los interesados, toda vez que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

2. En el presente caso, los interesados, como consta en el Fundamento II.3 del presente Dictamen, reclaman porque consideran que el fallecimiento de la paciente se produjo por *mala praxis* médica y señalan tres momentos con influencia decisiva en el resultado final, que sucintamente son la inadecuación del consentimiento informado, el seguimiento deficiente de la paciente tras la práctica de la primera intervención quirúrgica (cirugía bariátrica) de 3 de febrero de 2015 y la deficiente atención médica dispensada en (...) a partir de su ingreso por Urgencias el 26 de junio de 2015 a la paciente, que finalizaría con su fallecimiento el día 28 de junio de 2015 y que se concreta la *mala praxis* en este periodo final, según alegan los interesados, en la excesiva tardanza de casi 24 horas en hacerle un TAC a la afectada, necesario para determinar el origen de su grave estado de salud, retraso que impidió tratarla correctamente, no pudiendo evitar su fallecimiento por tal motivo.

3. En relación con la primera cuestión, la relativa al consentimiento informado, la documentación obrante en el expediente, que incluye la documentación correspondiente a los tres consentimientos informados prestados por la paciente para cada una de las intervenciones quirúrgicas que se le efectuaron durante todo el proceso médico relatado, es del todo correcta, incluyendo información adecuada a la cirugía realizada y estando firmados por la interesada, sin que se observe deficiencia alguna en los mismos.

4. Sin embargo, existen bastantes dudas acerca de si el seguimiento de la paciente, especialmente tras su ingreso en (...) el día 26 de junio de 2015 y el momento en el que, en dicho periodo final, se le efectuó el TAC, ha sido conforme a la *lex artis* o no.

4.1. En primer lugar, se observan contradicciones, entre las opiniones médicas que constan en los diversos informes médicos obrantes en el expediente, acerca de la importancia y momento en el que se le debió de realizar el TAC y la adecuación del seguimiento médico tanto tras la primera intervención, como ene l momento final, iniciado el día 26 de junio de 2015.

Así, en el informe del médico forense, emitido con ocasión de las diligencias previas referidas, se señala que:

«En la consulta por dolor abdominal, en urgencias, inicialmente, la doctora Paulauskas de urgencias valoró a la paciente con prontitud, aunque sin prueba de imagen, entendiendo delegó la indicación específica en el cirujano Dr. (...), al igual que la finalización de la exploración, diagnóstico y tratamiento, que estando localizable acudió a explorar y valorar a la paciente con razonable prontitud.

Al carecer de un alto índice de sospecha de complicación urgente, indicó su ingreso con tratamiento conservador. No indicó la realización de prueba de imagen, que entiendo hubiera podido ayudar a determinar un juicio diagnóstico de forma más segura y hubiera podido hacer variar el curso evolutivo, sin garantías del 100%.

(...)

Que el cirujano delegó el control de la paciente, al médico de urgencias de tarde y noche, entendiendo debía haber tenido una supervisión personal más frecuente y personalizada al ser una paciente, que por su cirugía previa bariátrica tiene una anatomía digestiva alterada con una sintomatología más leve que en paciente no intervenido de BPG, con posible indicación de cirugía urgente.

(...) Desconozco las órdenes médicas del Dr. (...), constando únicamente la pauta de analgesia a demanda del médico de urgencias a las 23:45 horas.

(...) Entiendo puede haber un posible retraso diagnóstico y terapéutico por falta de comunicación entre ambos médicos y/o falta de índice de sospecha de complicación por cirugía bariátrica en M.U., aunque en principio, un dolor abdominal persistente y en progresión de más de seis horas, según la literatura médica de urgencias es de indicación quirúrgica, en paciente intervenido de cirugía bariátrica.

(...)

3.-En cuanto a la actuación de los facultativos en urgencias y el tiempo de actuación: si se hubiera realizado una prueba de imagen, quizás se podría haber alcanzado un diagnóstico que hubiera permitido una evolución diferente.

4.-En cuanto a la asistencia del médico de urgencias de turno de noche: pauta analgesia y sedación, no constando supervisión posterior hasta pasadas más de seis horas del primer aviso por aumento del dolor.

7.-En cuanto a la actuación del cirujano tras aviso del médico de guardia a las 6 horas del día siguiente, se comunica a las 8h ordenando ya un Te con contraste y

traslado a UCI previo a laparotomía de urgencia, hay una actuación correcta, aunque con cierta delegación total de la paciente en el MU y poca supervisión».

4.2. A su vez, en el informe médico-pericial aportado por los interesados, con un criterio similar al del médico forense referido, se concluye afirmando que «*En el caso de haberse realizado alguna prueba de imagen en el momento de su ingreso, la gravedad del cuadro habría podio ser menor fundamentalmente en lo referente a la isquemia intestinal que fue lo que al final condujo a la necrosis intestinal masiva que se diagnosticó en la 2ª laparotomía realizada y provocó la muerte del paciente*».

4.3. Por el contrario, en el informe del jefe de Sección del Servicio de Cirugía del HUNSC se señala sobre esta cuestión que:

«a.- Ya he comentado en la primera pa1te que son pruebas sin rendimiento o productividad alguna si no van guiadas por sintomatología. Ni el TC que se realiza en el momento más sintomático detecta la hernia interna como así consta en el informe. Este TC fue reevaluado a posteriori por otro radiólogo confirmando este aspecto. Mucho menos habría sido posible el diagnóstico cuando la paciente se sentía mejorada la tarde anterior.

b.- Inicialmente el cuadro estaba poco definido, probablemente el intestino enlazado tenía poco compromiso (...) nunca tuvo demasiada afectación- y los síntomas eran poco persistentes. Todos sabemos que los pacientes con hernias, tanto internas como externas pueden tenerlas sin compromisos digestivos o de vitalidad durante largos periodos. Incluso podría haber sido una obstrucción, pero éstas se resuelven espontáneamente en muchas ocasiones. En estos estadios tampoco son muy explícitos los hallazgos radiológicos.

c.-Lamentablemente la conjetura de obstrucción intestinal por fibras no fue cie1ta. En todo caso el tratamiento cubría también esa posibilidad y no procedería este estudio radiológico en esta fase.

d.-· Las pruebas de contraste se realizan en el momento que lo indica la clínica. Si bien el TC diagnostica la perforación por la presencia del neumoperitoneo, describe otras interpretaciones inciertas, por ejemplo, fistula gastrogástrica, porque estas pruebas se someten a la interpretación del radiólogo y los distintos especialistas y no siempre son absolutamente certeras.

e.--Se ha explicado que las pruebas de imagen se solicitan de acuerdo a la sintomatología y cuadro clínico, y que no está protocolizado realizarlas de otra manera. En este caso fue realizada cuando 1.a clínica aumentó y su orientación terapéutica fue limitada puesto que ya se había decidido la intervención».

(...)

2.- "NO SE REALIZAN PRUEBAS RADIOGRÁFICAS CON O SIN CONTRASTE QUE DETERMINEN LA EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA REALIZADA.

No está en los protocolos la realización de esas pruebas por imagen de forma rutinaria. No tienen productividad alguna si no hay clínica orientadora de la presencia de una oclusión o estenosis o de cualquier otra sintomatología. En los estudios radiológicos de pacientes intervenidos asintomáticos se pueden describir los cambios postquirúrgicos, pero son negativos y de difícil interpretación para definir la formación de una adherencia asintomática.

3.- "ANTE LOS ANTECEDENTES DE RIESGO SE DEFIRIÓ LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS"

En la práctica clínica se hacen estas pruebas orientadas por la clínica y no siempre resultan esclarecedoras. Cuanto más pobre es la sintomatología, menos esclarecedoras son. La evolución de la paciente durante el periodo de presencia de las molestias y del dolor abdominal no orientó a la realización inmediata de las mismas. Los pacientes operados de cirugía bariátrica tienen frecuentemente dispepsias o malas digestiones como consecuencia del nuevo circuito digestivo, sobre todo a medida que se introducen en la dieta nuevos productos como fue el caso: Había comenzado recientemente a comer fibra.

Cuando la paciente empeora y como resultado de la acertada indicación de su permanencia en el medio hospitalario se realizan de inmediato y es entonces cuando se tienen datos de complicación, aunque la orientación diagnóstica radiológica no fuera absolutamente certera y sea de destacar que ya se había ordenado la preparación de la intervención quirúrgica».

5. Pues bien, estas evidentes opiniones médicas contradictorias, impiden a este Consejo Consultivo pronunciarse acerca de la cuestión de fondo, por ello es necesario lo siguiente:

5.1. Primeramente, el presente asunto que no solo se puede catalogarse de especial gravedad, dado el resultado final del proceso médico, sino que por las dispares opiniones médicas que se incorporan al expediente es un asunto complejo, implica que sea más que necesario que se emita el informe del SIP.

El informe del SIP que, si bien no es preceptivo en cuanto a su emisión, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar su criterio respecto al fondo del asunto analizado (art. 79 LPACAP). Precisamente por ello solicita su evacuación.

Esa especial significación del informe del SIP dentro de la instrucción del procedimiento administrativo (en atención a su contenido -expositivo/explicativo-, al análisis de conjunto de la actuación médica practicada -a la luz de la *lex artis ad*

hoc- y de las conclusiones alcanzadas en él a la vista del previo examen de la historia clínica del paciente y de los informes emitidos por los servicios médicos implicados en la atención dispensada al paciente), y puesta de manifiesto en la propia solicitud de informe formulada por el órgano instructor, unida a la falta de conocimientos técnicos y/o médicos por parte de los miembros de este Consejo Consultivo de Canarias, determinan la necesidad de que tal documento sea evacuado a fin de contar con los elementos de juicio suficientes como para poder formarnos una razonable convicción respecto al fondo de la reclamación interpuesta (y poder valorar adecuadamente los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones).

5.2. Asimismo, es también necesario un informe de especialista en la materia perteneciente al SCS, distinto a los doctores actuantes del HUNSC, por el que se ilustre a este Consejo Consultivo acerca del seguimiento de la paciente, tras su primera intervención quirúrgica en febrero de 2015 y especialmente, sobre si fue adecuado o no el tratamiento y seguimiento de la paciente en (...) a partir del 26 de junio de 2015, pronunciándose expresamente sobre la cuestión referida a la presunta tardanza en efectuarle el TAC y la influencia que ello pudiera tener en el resultado final.

6. Después de emitirse el informe del SIP y el informe complementario anteriormente referido, se le otorgará audiencia a la totalidad de interesados en este procedimiento administrativo y, finalmente, se emitirá una nueva Propuesta de Resolución, que será objeto del preceptivo Dictamen de este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina no conforme a derecho la Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, debiéndose retrotraer las actuaciones a los fines indicados en el Fundamento IV de este Dictamen.