Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 9 1 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 2 de julio de 2025.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 246/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría 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. La cuantía indemnizatoria reclamada por la interesada [203.235 € más los intereses legales] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera de Sanidad 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 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-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resulta de aplicación 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; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley

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

41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del 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, 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 [BOC, 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.

De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 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.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que la reclamante ostenta la condición de interesada al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

Asimismo, y según consta en el expediente administrativo, la interesada actúa mediante representante -abogado-, cuyo poder de actuación consta debidamente acreditado en el expediente [art. 5 LPACAP].

5.2. 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.

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 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 éste, 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 haya llamado a éste al procedimiento -en su calidad de presunto responsable del daño alegado- y le haya dado vista del expediente y trámite de audiencia.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP]. Circunstancia ésta que no es puesta en entredicho por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado 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].

II

1. La reclamante interesa la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial a fin de que le sea reconocido el derecho a ser indemnizada por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada por el citado servicio público.

En este sentido, la perjudicada fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO. (...) (...) fue derivada por el SERVICIO DE DIETÉTICA Y NUTRICIÓN del HUNSC como candidata a cirugía bariátrica roncadora con diagnóstico de obesidad mórbida en grado severo de más de 5 años de evolución. (...) .

SEGUNDO. Con fecha 24 de mayo de 2022 ingresa por derivación del SCS en (...) con relación al diagnóstico y tratamiento mediante cirugía bariátrica, modalidad en Y de Roux. El motivo de la presente reclamación es una mala aplicación de la sonda nasogástrica en la vía digestiva a nivel esofágico distal, así como el alta indebida por parte del cirujano el día 27-05-22 pues en ese momento la reclamante no podía caminar y con respiración dificultosa, pero, aun así, el médico Cirujano le dio el alta y la envió a su domicilio sin la ayuda de una ambulancia. No le quiso proporcionar ni una silla de ruedas. Al llegar al segundo piso, la paciente vive en un cuarto, no pudo seguir subiendo debido a la falta de aire. La familia avisó, en ese momento, a los servicios de urgencias del Servicio Público de Salud y fue llevada en ambulancia al Hospital de la Candelaria, presentando múltiples complicaciones. Cuando le fue realizada una prueba de imagen de TAC, por una sintomatología intensa de disnea (dificultad respiratoria), la imagen mostraba un cuadro de empiema pleural bilateral secundario a una perforación esofágica, por lo que le fue practicada una pleurocentesis para extraer contenido purulento, dejando un drenaje que cerraría solo. Tras ser trasladada, después de su alta hospitalaria, a la Isla del Hierro donde vive, ha seguido tratamiento rehabilitador hasta la fecha debido a la intensa amiotrofia (atrofia muscular) que presentaba debido a su larga estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

TERCERO. La paciente se había realizado estudios en el Hospital N Sª de Candelaria por Obesidad Mórbida (OM) de más de 5 años de evolución y múltiples tratamientos conservadores infructuosos para su recuperación completa, por lo que se propuso intervención quirúrgica.

En la Exploración presentaba Buen Estado General (BEG). Peso en ese momento era de 143,500 kg y la talla de 166 cm. La Auscultación Cardiopulmonar (ACP) mostraba ruido cardiacos rítmicos y Murmullo vesicular conservado. El abdomen era blando y depresible y los Miembros Inferiores estaban sin limitaciones articulares. Tras las pruebas complementarias la paciente fue clasificada como ASA II (paciente con enfermedad sistémica leve).

El 24-05-22, la paciente fue ingresada de forma programada, para realizarse un BY Pass gástrico por la vía laparoscópica, que se realizó sin incidencias. Previo a su intervención se le practicaron la Escala de Downton o escala de riesgo de caídas con el valor de 2 (un índice superior a 2 indica alto riesgo de caídas); Se cumplimentó también una escala de Norton de riesgo de úlceras por presión de 17 (riesgo evidente de úlceras de posible formación).

A su llegada a la planta, la paciente se le practicó dieta absoluta, con constantes y diuresis cada 8 horas, determinación de Dextrosa (DXT) cada 8 horas por si padeciera

Diabetes Mellitus e Insulina Normal según la pauta, sin usar antidiabéticos orales (ADO) y movilizando los Miembros Inferiores (MMII) en la cama. Al día siguiente de la Intervención Quirúrgica (IQ), se le obligaría a levantarse, retirando la sonda vesical y continuando con el control de constantes cada 8 horas y de diuresis cada 24 horas. Iniciando la medicación domiciliaria con un sorbo de agua. Aplicar la faja elástica abdominal en la parte baja del abdomen para contener su caída y control de deposiciones. A las 48 horas en la planta, se realizará cura plana con desinfectante y dejando las heridas al aire. Constantes habituales.

El protocolo de la Intervención Quirúrgica del 24-05-22, indicaba que le fue practicada una Anestesia General, la posición de la paciente era en decúbito supino (boca arriba), los Agujeros laparoscópicos fueron 2 x 12, 2 x 10 y 1 x 5 y su motivo era Obesidad Mórbida (OM) por su Índice de Masa Corporal (IMC) sumamente elevado. Por acceso laparoscópico, se realizó un BY Pass gástrico ajustado a su IMC máximo. Se realizó división epiploica, sección intestinal para asa biliopancreática de 120 cm y confección de un pie de asa a 0 cm del Ángulo de Treitz. Se practicó disección y trans-sección gástrica vertical, peri- hiatal tutorizada con una sonda nasogástrica para obtener un reservorio menor de 30 cc. Anastomosis gastroyeyunal antecólica y antegástrica. Transecciones y anastomosis con encortadoras Panther MR códigos blanca y azul, disección y hemostasias con selladora Voyant MR. Suturas de orificios de anastomosis con una modalidad continua barbada reabsorbible y de un ojal mesentérico, con poliéster trenzado 2/0. Se realizó un test de fuga hidroneumático con resultado negativo; agrafes a piel. Traslado a UVI con Hemodinámica (HD) estable y en respiración espontánea. En las observaciones de enfermería se indicaba que la paciente llegó a quirófano para una Cirugía de BY Pass gástrico por vía laparoscópica, sin haber comido ni bebido desde la noche anterior. La paciente estaba consciente, orientada y colaboradora. Se realizó una monitorización completa, se canalizó una vía periférica con Abbocath (ABB) de 20 mm en el Miembro Superior Derecho (MSD) y se empezó con profilaxis antibiótica, que según protocolo era de Amoxicilina MR con Clavulánico MR. Se indujo con anestesia sin incidencias. Se realizó sondaje vesical a una bolsa de recogida.

La cirugía se practicó sin incidencias, y de analgesia se le administró Paracetamol MR, Nolotil MR, Zofrán MR y Fortecortín MR. La paciente pasó a la UVI entubada y hemodinámicamente estable.

El día 24-05-22 es ingresada por orden médica (PO) tras haberle realizado un BY Pass Gástrico. La paciente procedía de quirófano tras haberle practicado un BY Pass gástrico por la vía laparoscópica. La misma se realizó sin incidencias.

En su ingreso a la UVI, la paciente presentaba una Frecuencia Cardiaca (FC) de 86 lpm, una Tensión Arterial (TA) de 158/81 mm Hg y una Saturación de Oxígeno (Sat O 2) del 100% con gafas nasales a 2 litros. Bajo les efectos residuales de la anestesia general, la paciente se estaba despertando y tranquila. La Auscultación Cardiopulmonar (ACP) presentaba Ruidos

Cardiacos Rítmicos (RsCsRs), sin soplos ni roces y con un murmullo vesicular conservado (MVC), sin ruidos sobreañadidos. En las pruebas complementarias realizadas presentaba una prueba del Covid (SARS-CoV- RNA) negativa. El plan era de realizar control postoperatorio. El Médico Cirujano indicó el 26-05-22 que la paciente estaba en Buen Estado General (BEG), sin dolor abdominal y que había descansado aceptablemente durante la noche. Sus constantes vitales estaban bien. El abdomen estaba blando y depresible, sin focos de dolor selectivos, con una molestia difusa y ausencia de reflejos irritativos. Se le ajustó el tratamiento. La evolución fue satisfactoria con recuperación del tránsito a las 48-72 horas.

Se le recomendó permanecer en la Isla de Tenerife hasta el próximo control en Consultas Externas (CCEE). El tratamiento y las recomendaciones consistían en control de la temperatura mañana y tarde, consultar si tenía fiebre, dolor, trastornos digestivos, etc. Acudir al Servicio de Urgencias de (...) si precisaba. Dieta líquida hiperproteica durante las 3 primeras semanas del postoperatorio, con cinco ingestas al día con desayuno, almuerzo, cena y a media mañana y a media tarde, utilizar leche y derivados (yogur, natillas caseras con huevo), cremas vegetales con legumbres (guisantes, lentejas, alubias, garbanzos, etc.) bien trituradas y afinadas con la consistencia del yogur líquido. Sobre las cremas puede rallar queso fresco, huevo cocido o picar muy finamente jamón de York, de pavo o jamón ibérico.

Mantener una buena hidratación bebiendo agua o limonada casera entre las comidas con uno o dos limones en litro y medio de agua, añadiendo algo de sal (5-10 gr) y algo de azúcar o edulcorante. Puede usar también el Sueroral MR en sobre. Vigilar la frecuencia y el color de su orina. Medicación con protectores gástricos (Omeprazol MR), Heparinas de bajo peso molecular (Hibor MR) y Analgésicos (Paracetamol MR). Reiniciar los tratamientos médicos habituales bajo el control del médico de familia o los especialistas correspondiente.

Heridas al aire, retira los ágrafes el 10º-12º día del postoperatorio, aproximadamente y ejercicio moderado con faja elástica abdominal.

A partir de la tercera semana del Postoperatorio (PO). Debería iniciar la dieta de masticación, empezando con productos de fácil disgregación, pero siempre con un alto contenido proteico como pescados, carnes y mariscos. Serían útiles los productos lonchados, pero con cuidado los fiambres grasos. Insistir en los derivados lácteos sin grasa como yogur, quesos frescos, etc. También, a partir de la tercera semana suspender los medicamentos salvo que hubiese una indicación expresa y comenzando con los suplementos vitamínicos. Usar Barimix MR con una unidad diaria. Control en la Consulta de Cirugía Bariátrica en la semana siguiente al alta. El Informe de Alta va firmado por el Médico Cirujano Dr. (...).

CUARTO. El 26-05-22 la paciente hubo de ser ingresada de forma urgente en el Hospital Universitario Nª Sª de la Candelaria, en el Servicio de Cirugía General y Digestivo por un cuadro de Dolor Torácico. La paciente describía dolor de espalda tras la Intervención Quirúrgica y que había acudido al Servicio de Urgencias por un cuadro de disnea y de dolor torácico de 2 días de evolución, que había empeorado en las últimas horas. En la Exploración

Física presentaba Mal Estado General, con inestabilidad hemodinámica de 200 lpm, 85% de saturación de O 2 con mascarilla reservorio, tiraje subcostal, obesidad y abdomen no distendido, blando y depresible y sin defensa abdominal. Se le realizó intubación orotraqueal (IOT) por parte de la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) en el cuarto de paros (CP) y es trasladada al quirófano. En cuanto a las Pruebas Complementarias la analítica de laboratorio mostraba una cifra de Creatinina (Cr) de 1,19 mg/dl, la Proteína C Reactiva era de 52,88 U/L, la de Procalcitonina era de 3 U/L, la Hemoglobina (Hb) era de 14,9 g/dL y presentaba una leucocitosis de 17250/mm 3.

En la Tomografía Axial Computadorizada (TAC) de fecha 28-05-22 se apreciaba una cuantía moderada-importante de derrame pleural bilateral con signos que sugerían complicación, con probable sobreinfección y una importante cuantía de burbujas de gas en ambos espacios pleurales, que parecía comunicar con burbujas de gas libre localizadas en el Mediastino posteroinferior y con la cavidad abdominal. Estos hallazgos que, aunque no se lograban identificar mediante este estudio la solución de contigüidad de la pared esofágica ni dehiscencia de las suturas de la pared gástrica, no permitían descartar complicaciones postquirúrgicas con la salida de material alimentario hacia ambos espacios pleurales. Un TAC del 06- 06-22 indicaba cambios postquirúrgicos tras BY Pass Gástrico, con fuga de contraste oral hacia ambos espacios pleurales basales, de predominio derecho, con relación a una fístula esófago-pleural bilateral con signos de sobreinfección. También existía una fuga de contraste oral hacia la colección mesentérica adyacente al segmento proximal de la tubulización gástrica. Un TAC del 11-06-22 indicaba que la paciente ingirió 100 ml de solución de contraste, sin evidenciarse fugas del mismo. No se descartaba la presencia de fístulas que probablemente no se habían demostrado por la cantidad escasa de contraste ingerida. Existía una disminución de las colecciones líquidas pleurales derechas. Aumento del componente de neumotórax de forma bilateral y una colección abdominal que mostraba disminución del componente aéreo, con un tamaño similar. Una prueba de TAC del 29-06-22 indicaba cambios de la cirugía bariátrica con exclusión gástrica. El remanente gástrico estaba anastomosado al yeyuno y a la yeyuno-yeyunostomía. No se observaba dilatación de asas ni otros signos de complicación ni tampoco se evidenciaba una fuga a nivel de la unión esófago-gástrica. El tubo de drenaje estaba en el extremo paraesofágico derecho y el otro tubo de drenaje estaba en el espacio pleural izquierdo Normoposicionados.

El derrame había disminuido respecto al escáner previo del 23 de junio. El drenaje en el hemitórax posterior derecho estaba aparentemente localizado en la parte superior a una colección hidroaérea pleural basal posterior que parecía haber aumentado discretamente respecto al escáner previo. Habría que valorar, en caso de que no estuviese drenando, una recolocación del tubo.

Existían atelectasias basales posteriores bilaterales.

*En la Evolución de su ingreso se indicaba que la mujer de 55 años había sido intervenida en el (...) Sur el 24-05-22 de una cirugía bariátrica, dada de alta para su domicilio el día 27 de mayo y que refería dolor a nivel lumbar desde el postoperatorio inmediato que había ido en aumento. A la llegada, la paciente estaba consciente, con un mal aspecto general, taquipneica (aumento de respiraciones por minuto), con desbalance Toracoabdominal y con mascarilla reservorio, con Saturación de O 2 (SO 2) al 92%. Se le realizó un TAC de abdomen/pelvis donde se objetivó una cuantía moderada- importante de derrame pleural bilateral con signos que sugerían complicación por probable sobreinfección, sin poderse descartar una complicación postquirúrgica con salida de material alimentario hacia ambos espacios pleurales. Durante la estancia en Urgencias, sufre un empeoramiento rápidamente progresivo con Hipotensión arterial y una mala perfusión periférica con lividece*s, *taquicardia con frecuencias máximas de 200 lpm, taquipneica y con mala mecánica respiratoria, con mascarilla reservorio superior a 15 litros por minuto (LPM) y SO 2 al 90%.*

Se procedió a IOT con Cormack I. Se decidió el traslado a quirófano urgente el 28-05-22 conde se observó una perforación del esófago distal, Mediastinitis con esfacelos y empiema bilateral. Se realizó una sutura simple de la perforación y un lavado abundante, y tras la intervención se decidió su traslado a UVI.

Durante su estancia en UMI y, tras el shock séptico inicial, se logró extubar el 04-06-22. El día 06-06-22, se realizó un nuevo TAC abdominal, se observó en el mismo una fuga de contraste a ambos espacios pleurales de predominio derecho, en relación con una fístula esófago-pleural bilateral y signos de sobreinfección. Se realizó una gastroscopia, para intentar colocar un Eso- Sponge, sin éxito, pues no se encontró la perforación, y se colocó una sonda de alimentación naso-yeyunal. Desde el punto de vita infeccioso, el cultivo del líquido pleural del 28-05-22 indicaba un Estafilococo Mitis Multirresistente, aunque sensible a Levofloxacino MR y Clindamicina MR. Se cubrió con Ceftazidima MR y se desescala a Levofloxacino MR y Fluconazol MR. Fue dada de alta a planta el 08-06-22.

En planta realizó un pico febril el 10-06-22 y el 11-06-22. Continuó saliendo material de aspecto purulento por los tubos del tórax, aunque podría haber sido también nutrición enteral. Se cambió el Catéter Venoso Central (CVC) el 11-06- 22 y se realizó un nuevo TAC que concluyó que la paciente había ingerido 100 ml de solución de contraste, sin evidencias de fugas del mismo, no se descartaba la presencia de fístulas y probablemente, no se demostrasen por una cantidad escasa del contraste ingerido. Había disminución de las colecciones líquidas pleurales derechas y un aumento del componente de Neumotórax de forma bilateral, QUE AMBOS PULMONES HAN COLASADO PARCIAL O TOTALMENTE DEBIDO A AIRE EN EL ESPACIO PLEURAL La paciente estaba saturando al 92% con Gafas Nasales (GN), con uso de musculatura accesoria y con disnea, por lo que se avisó a anestesia y se decidió ingreso en la Unidad de Reanimación (REA).

Durante la estancia en REA evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones postquirúrgicas inmediatas y con estabilidad hemodinámica, precisando únicamente la trasfusión de 2 concentrados de hematíes. El principal problema durante el ingreso había sido una insuficiencia respiratoria, que requirió del uso de sistemas de soporte ventilatorio y de oxigenoterapia de alto flujo para mantener una correcta oxigenación. Con el trascurso de los días, se pudo ir reduciendo estas medidas hasta el alta y la paciente ya oxigenaba correctamente con las gafas nasales a 4 litros. El día 13´- 06-22, se colocó drenaje por Radiología Vascular Intervencionista (RVI), por una colección persistente que se recolocó el día posterior, sin incidencias, presentando un débito de 205 cc que se mandó a cultivo.

Fue dada de alta a planta el 24-06-22 y durante su estancia en la misma presentó buena evolución, pero con una recuperación lenta, sobre todo desde el punto de vista de la movilidad, en tratamiento con un fisioterapeuta. Desde el punto de vista respiratorio, se pudieron retirar los drenajes torácicos el 16-07- 22, tras valoración el Servicio de Cirugía Torácica. Desde el punto de vista abdominal, se pudieron retirar los drenajes sin nuevos picos febriles y normalización analítica. Se observó una mejoría progresiva de las ingestas, pudiendo retirarse la nutrición enteral (NE) y tolerando una dieta normal. En el momento del alta, el proceso agudo se había resuelto y estaba pendiente fisioterapia y deambulación para el alta a su domicilio, por lo que se comentó con la paciente y se comenzaron los trámites para derivación al Hospital de referencia de la Isla del Hierro.

Otros diagnósticos fueron Mediastinitis secundaria a dos puntos de fuga, empiema pleural bilateral con insuficiencia respiratoria, Sepsis secundaria, Hipotiroidismo del paciente crítico, Anemia y Desnutrición Calórico-proteica severa.

QUINTO. Como consecuencia de lo anterior, fue valorada por el Doctor (…), experto en valoración del daño, quien ha valorado el siguiente estado actual de la reclamante elaborando un dictamen médico pericial que se adjunta (...) :

- *No puede hacer esfuerzos, ni subir escaleras, cargar pesos.*
- *Cansancio y dolor en extremidades inferiores*
- *Realiza determinadas tareas domésticas con mucha dificultad.*
- *Puede caminar con ayuda.*
- *No duerme bien con despertares frecuentes, se despierta temprano.*
- *Dejó de tomar prácticamente la medicación para el dolor.*

Cosas que antes podía hacer:

- *Podía hacer de todo, no tenía limitaciones de ningún tipo.*
- *Trabajaba de cocinera en una residencia de ancianos turno de 8 horas y después trabajaba en su negocio.*

• Conducía, hacia tareas de la casa y cuidaba de sus nietas.

Cosas que ya no puede hacer:

• Trabajar, conducir,

• Ducharse sola, Vestirse sola,

• Bajar escaleras sola,

• Cuidar de sus nietas,

• Salir a comprar,

• Poner lavadora,

• Tender, doblar la ropa, guardar la ropa, recoger el cuarto, fregar la loza, barrer, pasar coleto,

• Pasear al perro, llevar a sus nietas al colegio,

• Viajar sin ayuda en el avión,

• Cocinar, subir a coches bajos, salir a la calle sola.

Cosas que evita hacer:

• Caminar sola por lugares que no tengan zonas donde pueda agarrarse

• Caminar por lugares que no son llanos.

SEXTO. Consideraciones y conclusiones médicas alcanzadas por en el dictamen médico-forense adjunto:

La reclamante presentó un cuadro grave de Empiema Pleural debido a la perforación del esófago, la formación de una fístula pleuro-esofágica y un Empiema Pleural Bilateral con Sepsis secundaria, tras una Intervención de Cirugía Bariátrica en Y de Roux por Obesidad Mórbida resistente a tratamientos convencionales.

Esta perforación y formación de una fístula pleuroesofágica fue debida a la mala colocación de la Sonda Nasogástrica (SNG) por parte del Equipo Quirúrgico que la intervino el día 24-05-22 cuando se le efectuaba una Intervención de Cirugía Bariátrica en el Centro (...)

La paciente no presentaba antecedentes personales de enfermedad grave y, en realidad, se le clasificó, tras las pruebas complementarias como riesgo quirúrgico ASA II (paciente con enfermedad sistémica leve).

Como se recogió en el Dictamen Pericial, la mala colocación con perforación esofágica de la SNG produjo el cuadro grave de Empiema pleural, con dificultad respiratoria y Sepsis secundaria. En este Dictamen se puede precisar con claridad que, aunque la situación clínica de la paciente era de una Enfermedad Sistémica leve, fue la colocación de la sonda Nasogástrica lo que llevó, por un mal quehacer clínico-quirúrgico, al desenlace que se

produjo, como bien está indicado en el Informe Final del Alta del Hospital del Servicio Público de Salud. El proceso se vio agravado por la actitud poco responsable del Médico Cirujano del Centro (...), que ante la evidente dificultad respiratoria que presentaba (...), no sólo le dio el alta hospitalaria sin consultar con otros servicios de la clínica sino, que incluso, no le facilitó ni una simple ambulancia para el traslado a su domicilio.

La paciente y sus familiares, ante la evidente "falta de aire" que presentaba al intentar subir a su domicilio, vive en un cuarto piso, fue cuando avisaron a los servicios de urgencias y fue trasladado a un Centro Hospitalario del Servicio Público de Salud, donde ante la gravedad del caso fue ingresada en el Cuarto de Paros y le fue practicada una traqueotomía de urgencia que le salvó su vida.

El proceso infeccioso, a pesar de los datos de alarma y deficiente estado general que tenía el paciente previo a su alta hospitalaria de (...), no sólo no fue diagnosticado, sino que se le dio un alta prematura que le podría haber ocasionado la muerte, pues no se debe olvidar y así se ratifica en este informe con la oportuna revisión de la literatura científica, que las perforaciones esofágicas tienen una alta mortalidad intrahospitalaria. Al contrario, lo calificó el Médico Cirujano encargado del caso como un caso más de disnea tras una intervención de Cirugía Bariátrica, que finalmente se recuperan y ello le pudo haber ocasionado la muerte de la paciente sino es por la inmediata y certera actuación del Servicio de Urgencias y del Equipo de Cirugía General del Hospital de La Candelaria y, afortunadamente, el proceso fue evolucionando favorablemente.

Los antecedentes personales de la paciente que estaban claros sí fueron adecuadamente recogidos, pero fue la evidente falta de pericia médica en el momento de la intervención del Equipo Quirúrgico y el Médico Cirujano que por imprudencia le dio el alta sin antes verificar las verdaderas causas de su disnea y el deterioro del estado general en una paciente postquirúrgica.

Fueron los Médicos de Urgencias los que pudieron detectar la verdadera causa de su disnea no, sin antes practicarle desde el inicio una Traqueostomía de Urgencia, que, con toda seguridad, le salvó la vida para los que fue adecuadamente tratada, primero aspirando el empiema pleural y luego con dos procedimientos extremadamente dificultosos para cerrarle la fístula pleuroesofágica. Eso sin nombrar las medidas de soporte vital, la nutrición e hidratación forzada que se le practicó y las correcciones de su cuadro séptico con antibióticos de amplio espectro y de su anemia.

Además de los síntomas equivocadamente atribuidos a una patología respiratoria leve, sintomática y frecuente en pacientes postquirúrgicos de Cirugía Bariátrica, la paciente se le trasladó a su domicilio sin las oportunas medidas de atención a una paciente, como hubiese sido el traslado en ambulancia. Gracias a la inmediata llamada de sus familiares al llegar a su domicilio, lo que le salvó la vida, aunque la prolongada estancia en la Unidad de Cuidados

Intensivos le ha provocado una Enfermedad conocida como Neuropatía del Paciente Crítico y de la que, aunque ha mejorado algo, le está costando recuperarse, a pesar de los esfuerzos del Servicio de Rehabilitación del Hospital del Hierro.

Esta patología le ha provocado una clara disminución de su Calidad de Vida y secuelas que le provocan una disminución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y de sus Actividades de Desarrollo Personal. No hay que olvidar, que la paciente era activa laboralmente y desarrollaba la profesión de Cocinera en su Isla Natal.

Existió un retardo considerable en el diagnóstico, por la evidente impericia del Médico Cirujano que le dio el alta Hospitalaria, a pesar de que la paciente se quejaba de los síntomas de dificultad respiratoria, que la misma familia se apercibió en el momento del Alta y que no fueron atendidas sus quejas en dicho momento. El retardo en el diagnóstico fue aún mayor, y las expectativas de supervivencia de este proceso infeccioso disminuían con el retardo diagnóstico.

Fueron los Servicios de Urgencias y el Equipo Médico Quirúrgico del Hospital del Servicio Canario de Salud los que clarificaron las causas de su patología respiratoria que le pudo haber producido la muerte, aunque sí le ha producido unas graves secuelas. En ningún momento, el Médico Cirujano de (...) pensó que dicha sintomatología no se debía a un proceso leve, frecuente en los pacientes intervenidos de Cirugía Bariátrica, sino que incluso ni se molestó en investigar o consultar con otros servicios del centro las verdaderas causas de la disnea, por la gravedad que manifestaba el cuadro referido tanto por la paciente como por los familiares que la trasladaban a su domicilio.

Si se le hubiesen practicado las prácticas clínicas acordes a la Guías Internacionales que marcan el diagnóstico y tratamiento de los cuadros de dificultad respiratoria, de Empiema Pleural, con un estudio pormenorizado sobre el origen de la misma, junto al simple trabajo diagnóstico, se le podrían haber practicado precozmente diversas medidas de tratamiento que le hubiesen evitado la gravedad del caso y aumento del riesgo vital que presentó (...).

Los tipos de errores médicos pueden ser por acción o por omisión como en este caso que indican un uso inadecuado e insuficiente del esfuerzo diagnóstico terapéutico sin la debida pericia clínica y seguimiento de las Guías Internacionales para la pronta detección de un cuadro de Empiema Pleural de origen iatrogénico (causas secundarias a un proceder médico).

El perito médico afirma y ha certificado en su informe que la acción u omisión incorrectas estuviesen muy por debajo del nivel exigido de la praxis médica habitual en casos y circunstancias similares al valorado, es decir, que no se ajustan a la Lex Artis, afirmando que hubo una evidente falta de perspicacia clínica, del estudio de una Dificultad Respiratoria y deterioro del estado general tras una intervención de Cirugía Bariátrica y, además, ausencia de un estudio pormenorizado de las posibles causas iatrogénicas del cuadro, no siendo óbice la elevada tasa de mortalidad de estos cuadros de Perforación Esofágica y de Empiema Pleural secundario, por falta de pericia al no indagar las causas de insuficiencia

respiratoria mediante una prueba de imagen potente como el TAC, de tal forma que no debieran haberse ocasionado las secuelas físicas de la paciente, el riesgo vital que sufrió y las secuelas físicas y psicológicas a las que tiene que enfrentarse en su futuro vital».

2. Partiendo de los hechos descritos anteriormente y dando por sentada la concurrencia de los requisitos sobre los que se fundamenta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, la reclamante plantea una pretensión indemnizatoria -con arreglo al baremo de indemnizaciones por accidente de tráfico regulado en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación- cuyo monto total asciende a la cantidad de 203.235 €, más los intereses legales firmado por el Doctor (...) el día 18-01-2025-.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 30 de abril de 2023, (...), actuando en nombre y representación de (...), interesa la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

2. Con fecha 4 de mayo de 2023 el órgano instructor formula requerimiento a la interesada a fin de que subsane y/o mejore la reclamación interpuesta. Trámite que es debidamente cumplimentado por la perjudicada mediante la presentación de escrito de alegaciones con fecha 18 de mayo de 2023.

3. La reclamación formulada por la paciente es admitida a trámite mediante Resolución de 4 de mayo de 2023, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud -por delegación de la Directora del citado Organismo público-, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, 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; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

La precitada Resolución consta debidamente notificada a la reclamante y al centro sanitario concertado (...).

4. Con fecha 13 de noviembre de 2024 se emite el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones -en adelante, SIP- en relación con la asistencia sanitaria prestada a la Sra. (...).

Asimismo, consta en el expediente la evacuación de informe por parte del Dr. (...), especialista en Cirugía General y Digestiva de (...), de 18 de mayo de 2023.

5. Con fecha 25 de abril de 2025 se dicta acuerdo probatorio por el que se admite a trámite la prueba documental y pericial del Doctor (...), doctor en medicina, de fecha 17-01-2025, aportada por la reclamante y se incorporan -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración en periodo de instrucción.

Asimismo, y con idéntica fecha, se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia.

Ambas resoluciones constan debidamente notificadas a la reclamante y al centro sanitario (...).

6. Una vez transcurrido el plazo legalmente otorgado al efecto, no consta la presentación de alegaciones por parte de la interesada ni por el centro sanitario concertado.

7. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ***ex*** art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

8. Con fecha 27 de mayo de 2025 se emite Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...).

9. Mediante oficio de 29 de mayo de 2025 [con registro de entrada en este Organismo consultivo ese mismo día], se solicita la evacuación del dictamen del

Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada a la paciente.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

1.1. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 29/2025, de 22 de enero [con cita de los anteriores Dictámenes 704/2024, de 2 diciembre y 272/2019, de 11 de julio:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así

como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo *« (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».*

1.2. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de los informes técnicos aportados por la reclamante, el aportado por el Médico cirujano de (...), el informe del SIP, citados con anterioridad

en el presente Dictamen, las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la «*lex artis ad hoc*». De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

Tal y como se indica en la Propuesta de Resolución, «*el objeto de reclamación es la mala aplicación de la sonda nasogástrica* (en la intervención quirúrgica practicada el día 24 de mayo de 2022 en (...)), *así como el alta indebida por parte del cirujano el día 27 de mayo de 2022, pues, a consecuencia de dicha intervención, la reclamante presentó un cuadro grave de Empiema Pleural debido a la perforación del esófago, la formación de una fístula pleuro-esofágica y un Empiema Pleural Bilateral con Sepsis secundaria*».

Extremos éstos que son debidamente analizados y contestados [de forma pormenorizada y con la debida justificación, remitiéndose a la historia clínica de la paciente y a los diversos informes médicos que obran en las actuaciones -art. 88.6 LPACAP-] por el órgano instructor en los siguientes términos:

«1.- Respecto a la colocación de la sonda nasogástrica

(...) presentaba un IMC ≥ 50 correspondiente a una obesidad grado 4 o extrema, por lo que había indicación de cirugía bariátrica para dar solución a este problema de salud que, por sí mismo, comprende una elevada morbimortalidad.

El día 24 de mayo de 2022 se llevó a cabo en (...) la cirugía siguiendo el protocolo quirúrgico en el que no se describe haber empleado una sonda nasogástrica (SNG en adelante) como se indica en la reclamación, en la que, además, se relata "esta perforación esofágica y formación de una fístula pleuroesofágica fue debida a la mala colocación de la sonda nasogástrica (SNG) por parte del equipo quirúrgico que la intervino el día 24-05-22 "insistiendo que "Según dictamen pericial fue la colocación de la SNG lo que llevó, por un mal quehacer clínico-qx, al desenlace que se produjo", lo cual no responde a la realidad documentada. En el informe del facultativo especialista en CGD, cirujano responsable de la intervención, queda aclarado este extremo "No se aplicó ninguna sonda nasogástrica. En la cirugía se utiliza una sonda de calibración blanda que se coloca controlándola por visión directa para minimizar aún más el riesgo de lesiones. Al acabar toda el área esófagogastroyeyunal se somete a un test de insuflación de aire bajo agua que resultó negativo para fugas de aire"; añadiendo en dicho informe que "se puede concluir categóricamente que en ese momento el esófago no estaba perforado".

2. Respecto al alta indebida.

Tras la intervención quirúrgica, y dado que la evolución era satisfactoria, es dada de alta el 27 de agosto tras el almuerzo, dejando constancia de una situación clínica de estabilidad (hemodinámicamente estable, eupneica, afebril y con constantes normales, sin incidencias asociadas).

En la reclamación se recoge que "El proceso se vio agravado por la actitud poco responsable del Médico Cirujano del Centro (...), que ante la evidente dificultad respiratoria que presentaba (...), no sólo le dio el alta hospitalaria sin consultar con otros servicios de la clínica sino, que incluso, no le facilitó ni una simple ambulancia para el traslado a su domicilio".

A la vista de la documentación clínica, no consta que la paciente tuviera una "evidente dificultad respiratoria" sino que, por el contrario, queda constancia de que se encontraba eupneica, lo cual apoya lo descrito en el informe del Servicio de CGD que "De haberse conocido una dificultad respiratoria está claro que no se hubiera dado de alta. Reitero que no se avisó de ningún empeoramiento ni por parte de la paciente ni tampoco de sus familiares y que solicitaron una ambulancia por el único dato de vivir en un cuarto piso.

Tras el alta de (...) la paciente fue llevada en ambulancia a Urgencias del CHUNSC por cuadro de dolor torácico y disnea, refiriendo en ese momento de dos días de evolución, aunque se reitera que no queda constancia de que presentara esta clínica previamente. Dada la necesidad de soporte ventilatorio se realizó intubación orotraqueal y no una "traqueostomía de urgencia" como se indica en la reclamación. Se intervino de urgencia objetivando perforación esofágica y mediastinitis por lo que se realizó sutura de la perforación y lavado abundante. Se mantuvo ingresada hasta el 5 de agosto de 2022 que fue trasladada al HNSR en el Hierro donde se mantuvo ingresada durante cuatro días hasta tramitar el alta a domicilio con seguimiento y rehabilitación ambulatoria.

Explica el SIP que la perforación esofágica es una situación clínica potencialmente mortal. El dolor de inicio agudo y súbito es el síntoma cardinal presentándose en más del 70% de los pacientes, pudiendo asociar vómitos y respiración entrecortada, a lo que sigue una respuesta inflamatoria sistémica (taquicardia, hipotensión, fiebre). Por tanto, es un cuadro de instauración brusca que se manifiesta con clínica no presente en el momento del alta hospitalaria en (...), como consta en el informe del Servicio de CGD "se le dio el alta sin conocer ni registrar complicaciones".

En el informe de CGD se indica que para realizar la técnica de cirugía bariátrica era necesario corregir previamente la hernia de hiato que presentaba una marcada fibrosis, a pesar de lo cual se realizó su corrección sin observar anomalías. No obstante, se podría relacionar la mala condición de los tejidos de esta hernia de hiato con la complicación surgida a posteriori, explicando que en la prueba de tolerancia al alimento se debió vencer

la resistencia de la pared esofágica y producirse la perforación, por tanto, es una complicación sobrevenida después de la cirugía y no advertida hasta después del alta.

La paciente fue informada con carácter previo a la misma acerca de la intervención que se iba a realizar y firmo el DCI para cirugía laparoscópica de obesidad. Esta intervención presenta unos riesgos inherentes descritos en el DCI, como en este caso, la posibilidad de lesión de órganos vecinos, por tanto, la complicación no se considera consecuencia de una mala técnica quirúrgica, sino que, además puede quedar justificada por la necesidad de corregir la hernia de hiato que tenía importante fibrosis previo a la realización de la cirugía bariátrica como apunta el Servicio de CGD en su informe.

En este caso había un evidente balance en favor del beneficio que obtendría con la cirugía ya que no había logrado el objetivo de control del peso con medidas conservadoras y mantener ese elevado peso conllevaba un riesgo de muerte intrínseco según la bibliografía disponible.

3.- Respecto a la secuela de Neuropatía.

En la reclamación se enuncia que "la prolongada estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos le ha provocado una Enfermedad conocida como Neuropatía del Paciente Crítico y de la que, aunque ha mejorado algo, le está costando recuperarse".

El SIP explica que la polineuropatía del paciente critico (PPC) es una degeneración axonal primaria de las fibras motoras y sensitivas que se acompaña de degeneración de las fibras musculares como resultado de una denervación aguda que sufren, ocurre en pacientes críticos especialmente en los que desarrollan sepsis grave con síndrome de disfunción multiorgánica.

En cuanto al pronóstico, no solo tiene impacto sobre la mortalidad, sino que causa importante morbilidad de modo que en los casos leves la recuperación es favorable en semanas, sin embargo, en los casos graves puede persistir limitación importante de la movilidad y deterioro de la calidad de vida a los dos años.

La paciente presentó un cuadro grave con ingreso prolongado en UMI que provocó el desarrollo de la PPC como consecuencia de una complicación postquirúrgica que surgió sin relación con una mala praxis. Se realizó electromiograma por este motivo y fue valorada por el Servicio de Neurología quien indico tratamiento por la sintomatología que refería. Consta en el plan terapéutico universal, que se indicó pregabalina 75mg cada 12 horas (indicado como tratamiento del dolor neuropático que aparece como sensación de ardor, pinchazos, hormigueo o dolor profundo por daño de los nervios). Sin embargo, este fármaco no fue dispensado en oficina de farmacia en ninguna ocasión, ni consta entre su tratamiento actual, lo que lleva a concluir que la sintomatología referida no era de magnitud incapacitante,

además de quedar registrado a la valoración del Servicio de Neurología que la paciente caminaba sin muletas y era capaz de conducir pequeñas distancias».

Así pues, y como manifiesta el SIP en sus conclusiones:

«1) La realización de la cirugía bariátrica estaba completamente indicada ante una obesidad de grado 4 o extrema a la vista de la evidencia bibliográfica existente al respecto.

2) La cirugía y postoperatorio inmediato cursaron sin incidencias, siendo dada de alta en situación de estabilidad clínica y hemodinámica.

3) Durante la cirugía no se empleó una sonda nasogástrica, por tanto, la perforación esofágica no fue causada por una mala colocación de la misma; además tras la cirugía el test de estanqueidad hidroneumático no reveló ninguna fuga, por lo que en ese momento no existía perforación esofágica.

4) La perforación esofágica fue una complicación surgida tras el alta del Hospital Universitario (...), sin encontrarse relación con una mala praxis médica.

5) Esta complicación, recogida en el consentimiento informado firmado por la paciente como una posible complicación derivada de la cirugía a la que fue sometida, fue diagnosticada en cuanto apareció la clínica y tratada precozmente en tiempo y forma en el HUNSC logrando un resultado satisfactorio de la cirugía de urgencia mediante sutura de la perforación y limpieza abundante, por tanto, no se considera la existencia de un retraso diagnóstico.

6) La polineuropatía del paciente crítico fue derivada de la larga estancia en UMI por un cuadro séptico (infeccioso) sobrevenido como consecuencia de la perforación esofágica que, como se ha aclarado, no fue causada por una mala praxis».

2. Los argumentos expuestos anteriormente determinan la imposibilidad de apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria. Y es que, por un lado, la reclamante no ha aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y, por otra parte, a tenor del contenido de los informes que obran en el expediente administrativo, lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc* -tal y como ha quedado descrito en las fundamentaciones precedentes.

Finalmente, en atención a lo indicado anteriormente, se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina 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, en atención a las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.