

En Logroño, a 23 de junio de 2015, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero y de los Consejeros, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, habiendo excusado su asistencia el Consejero D. José M^a Cid Monreal y siendo ponente D. José Luis Jiménez Losantos, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

27/15

Correspondiente a la consulta formulada por la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. J.L.G.G.C. por los daños y perjuicios, desproporcionados y de origen iatrogénico, que entiende causados por el SERIS, al sufrir un infarto hepático, con urgencia vital y secuelas varias, por laceración de la arteria hepática, producida en una reintervención quirúrgica por fuga biliar, que se había producido, a su vez, tras una colecistectomía laparoscópica por litiasis biliar; y que valora en 205.428,40 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

La reclamación se inició mediante escrito, de 11 de mayo de 2014, presentado por el reseñado paciente en el Registro General del Gobierno de La Rioja el siguiente 30 mayo 2014.

La Consejería de Salud dictó Resolución, de 17 junio de 2014, en cuya parte dispositiva se resolvía tener “...por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del día 12-06-2014,...” y se designaba Instructora del procedimiento.

Segundo

En dicho escrito, de forma resumida y en cuanto a los datos más relevantes en lo que a este dictamen se refiere, el reclamante señala lo siguiente:

-El reclamante fue sometido, en fecha 15 de junio de 2012, a una cirugía programada de colecistectomía laparoscópica (laparoscopia), en el centro de titularidad privada *C.V.L.M.*, por derivación del SERIS. Considera que es una intervención de mínimo riesgo, frecuente, ampliamente experimentada y con un postoperatorio sencillo y sin complicaciones, razones que, junto con la explicación que se le dio, de que, en un máximo de 24 horas recibiría el alta y que la recuperación era sencilla y rápida, determinaron al reclamante a prestar su consentimiento.

-Manifiesta que, en el transcurso de la intervención, el Cirujano que la practicaba realizó un gesto quirúrgico, causándole una perforación de colédoco, provocando una fuga de bilis, que no fue diagnosticada en este momento. Tuvo un postoperatorio satisfactorio, causando alta al día siguiente de la intervención.

-El día 19 de junio de 2012, a las 23:29 horas acudió al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*, a causa de unas lesiones cutáneas que presentaba en extremidades, tronco y tórax. Se le diagnosticó una “reacción urticariforme” y se le prescribieron antihistamínicos y corticoides. No se le realizó medición de bilirrubina.

-El día 23 de junio de 2012, recidivó la urticaria, acudiendo nuevamente al Servicio de Urgencias, a las 3:07 horas, en donde se le mantuvo el diagnóstico y medicación anterior; tampoco se le practicaron pruebas complementarias para medir la bilirrubina; y se le prescribió cita urgente con la Unidad de Dermatología y Alergología.

-Nuevamente vuelve al Servicio de Urgencias del Hospital *San Millán-San Pedro* la madrugada del 25 de junio de 2012, por presentar cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho e ictericia. Se le practicó una analítica, en la que se comprobó la existencia de hipertransaminasemia. Se le practicó una ecografía, que reflejó una “colección líquida en el lecho biliar”, por lo que se decidió el ingreso del paciente.

-El día 26 de junio de 2012, se intervino al reclamante, practicándole una colangio RMN, en la que se apreció existencia de líquido libre y se le diagnosticó “sospecha de fuga biliar”.

-El día 27 de junio de 2012, y –según refiere- ante la insistencia de la familia, se le realiza un TAC abdominal, que muestra la existencia de abundante líquido peritoneal, por lo que se le interviene de urgencia para colocación de drenajes interno-externos. Se le colocaron dos drenajes.

-A lo largo de los días siguientes, hasta el 2 de julio de 2012, mientras uno de los drenajes, el subhepático, evacua los líquidos; el otro, el pélvico, no lo hace, y el reclamante continúa presentando un fuerte dolor abdominal.

-El 2 de julio de 2012, se practica al paciente una CPRE (papilotomía o esfinterotomía endoscópica), tras la cual se aprecia, a través del drenaje, un sangrado que va en aumento, así como la continuidad del dolor

en el paciente, que no desaparece pese a continuar el tratamiento analgésico.

-En la madrugada del 4 de julio de 2012, ante la persistencia y evidencia de la continuidad del sangrado, se le vuelve a realizar al paciente una TAC abdominal, que evidencia una “colección levemente hiperdensa en lecho quirúrgico”.

-El 5 de julio de 2012, continuando la situación complicada, se decidió realizar al paciente un TAC vascular, previo a intervención, para la recolocación de drenajes, que no llegó a realizarse por la pérdida de consciencia del paciente al incorporarse para su realización.

-Se decide llevar a cabo la intervención quirúrgica urgente, sin TAC ni ayuno previo, y se advierte a la familia del riesgo vital durante la intervención. En esta, se observa un gran coagulo de sangre, y el Cirujano que la practica, en un gesto quirúrgico, lesiona la arteria hepática derecha, produciendo hemorragia incoercible.

-No existiendo medio en el Hospital para atender esa contingencia, tras advertir a la familia, se adopta la decisión de trasladarlo, en vía de urgencia, a la C.U.N, por ser el centro con Unidad de Cirugía Hepática más cercano a Logroño.

Tercero

Continúa el escrito de solicitud relatando que:

-En la C.U.N, se le practicó una hepatoyeyunostomía en Y de Roux y una ligadura de la arteria hepática derecha.

-Tras esa intervención, y también en la C.U.N, se detecta una anemización progresiva posterior a la intervención; se realiza un TAC, que evidenció un punto de sangrado localizado por delante de la vena cava inferior, a 2 cms. del comienzo de la cava intrahepática; así como otros síntomas, que se diagnosticaron de infarto hepático

-El 6 de julio de 2012, se le realizó una relaparotomía, observándose sangrado en sabana en cava, que se reparó, pasando luego el paciente a la UCI.

-De forma concomitante, se apreció un derrame pleural bilateral, que obligó a un tratamiento específico.

-En el postoperatorio, se le realizaron TAC abdominales, que confirmaron el infarto hepático con ausencia de flujo en arteria hepática derecha, por ligadura quirúrgica.

-Fue dado de alta clínica, el 13 de agosto de 2012, pasando al Servicio de Hospitalización a domicilio del Hospital *San Millán-San Pedro*, por el que fue atendido hasta el 7 de septiembre de 2012.

El informe clínico de alta recogió -entre otras afecciones del paciente: i) infarto hepático por laceración de arteria hepática en reintervención por fuga biliar tras colescictomía

laparoscópica; ii) fuga biliar de lecho quirúrgico; iii) infección intraabdominal con asilamiento de *Serratia Mascrcens* y *Euterococo Faecium*, secundaria a la fuga biliar; iv) derrame pleural derecho, compatible con exudado, probablemente secundario a las múltiples cirugías; y v) ansiedad reactiva.

Cuarto

Prosigue la reclamación afirmando lo siguiente:

-A principios de 2013, presentó elevación de enzimas de colestasis, en probable relación con reestonosis de la vía biliar, urticaria recurrente y eosinofilia periférica, junto con reacciones urticariformes que le obligaron a tratamiento.

-El 25 de julio de 2013, encontrándose en Barcelona para visita médica, se le produjo un cuadro de dolor abdominal, ictericia y fiebre, que obligó al ingreso del paciente en el Hospital C, donde se le diagnosticó de colangitis, decidiéndose no trasladarlo a la C.U.N. tras contactar con su Hepatólogo, por riesgo de un fallo multiorgánico. Permaneció ingresado y tratado hasta el 31 de julio de 2013.

-El 22 de agosto de 2013, reingresó en la C.U.N, donde se le practicó una angioplastia, con dilatación progresiva, y causó alta hospitalaria el 2 de septiembre de 2013.

Tras los hechos anteriores, la reclamación determina las razones que estima concurren para que, reuniendo las exigencias legal y jurisprudencialmente exigibles, proceda la reclamación de daños y perjuicios, centrándolas en las siguientes: i) mala praxis, al haberse inferido al reclamante lesiones iatrogénicas con los actos quirúrgicos practicados; ii) existencia de imprudencia clínica, por impericia del Cirujano que llevó a cabo la intervención, o por falta de medios, al practicarse la intervención en un Centro que no contaba con los necesarios para subvenir a las complicaciones que se pudieran presentar; y iii) existencia de nexo causal, pues tales negligentes actuaciones son, a juicio del reclamante, la causa directa del daño residual actual que el mismo presenta, consistente en severas secuelas funcionales y estéticas.

Por último, el reclamante cuantifica esos daños, aplicando por analogía la Resolución de 21 de enero de 2013, que actualiza a ese año 2013 el baremo para las indemnizaciones, regulado en el Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por RD-Leg. 8/2004, de 29 octubre, que establece un «Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación», en la suma de 205.428,40 euros.

Quinto

La Instructora del procedimiento (tras remitir al reclamante el escrito de 18 de junio de 2014 –recibido por éste el siguiente 24- en el que se le notificó la iniciación del procedimiento, así como los plazos y demás datos necesarios) dirigió sendos escritos a la C.L.M. (de 19 de julio de 2014) y a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro* (de 20 de junio de 2014), solicitando remisión de los antecedentes que existiesen y datos e informes de interés en relación con la asistencia sanitaria prestada al reclamante; copia de la historia clínica de la asistencia reclamada exclusivamente; e informe de los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada y la situación, a fecha de esa solicitud, del paciente.

A la C.U.N, mediante escrito de 20 de junio de 2014, la misma Instructora solicitó los antecedentes que existiesen sobre la asistencia sanitaria prestada al reclamante. Igualmente, notificó la existencia de la reclamación a la Aseguradora del SERIS, W.R.B. Dichas solicitudes fueron cumplimentadas de la siguiente manera:

- El *H.V.L.M.*, por escrito de 26 de junio de 2014, presentado en el Registro del Gobierno de La Rioja el siguiente 27, y acompañado, entre otros documentos de carácter médico, del consentimiento informado para la práctica de la anestesia con la firma del paciente, e informe del Dr. M.F.R.
- El Área de Salud, mediante escrito de 10 de julio de 2014, presentado el siguiente día 11, al que acompaña, al haberse efectuado la primera intervención al paciente en la *C.V.L.M.*, informes remitidos por esa Clínica, así como el resto de documentos solicitados referente a las atenciones e intervenciones practicadas en el Complejo Hospitalario *San Millán- San Pedro* (historia clínica, informes de médicos intervinientes, etc.).
- La C.U.N. remitió la información requerida al reclamante, por escrito de 8 de julio de 2014, y éste, a su vez, la aportó al expediente, mediante escrito de 21 de agosto de 2014, presentado en el correspondiente Registro el siguiente 22.

Sexto

Cumplimentado, con los datos anteriormente citados, el expediente, la Instructora, por escrito de 3 septiembre de 2014, solicitó, a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, un informe, a elaborar por el Médico inspector que correspondiese, el cual, emitido el 15 de enero de 2015, fue remitido, por escrito del siguiente día 16. En dicho informe, como relevante a efecto del presente dictamen, y en el apartado “*consideraciones médicas*”, se indica que:

“1º.- (El paciente) fue intervenido por colelitiasis sintomática mediante colecistectomía laparoscópica, intervención indicada para la patología que presentaba y en la que no se ha podido constatar la existencia de incidencias, y para la que el paciente, previamente, había firmado el correspondiente consentimiento informado, en el que, como ya se ha recogido en el apartado “Consideraciones medicas y de interés en el caso” de este escrito, se enumeran las complicaciones sufridas (...)

2º.- En cuanto al diagnóstico tardío de la existencia de fuga biliar, hay que incidir en que el paciente, en la dos ocasiones previas en las que acude (al Servicio) de Urgencias, presenta únicamente un cuadro dermatológico, sin sintomatología abdominal, ni ictericia (que según la bibliografía consultada es la causante del prurito en los casos de retención de bilis) y se demuestra en analíticas posteriores niveles de bilirrubina normales, luego, en principio, no se puede establecer un nexo causal entre la fuga biliar que se descubre con posterioridad y el brote de habones confluentes pruriginosos que el paciente exhibe (...)

4º.- En el escrito de reclamación que se presenta, se da a entender que la intervención quirúrgica por sangrado y que motivó su traslado a la C.U.N. es la causante de la hemorragia intraabdominal y complicaciones hepáticas posteriores, lo cierto es que, repasando la historia clínica, en las notas evolutivas, se recoge, claramente, cómo es la aparición de sangre en los drenajes que porta el paciente, y que va en aumento, junto con deterioro de su estado general, los que deciden su entrada en quirófano, para evaluar cavidad abdominal, determinar causa de la hemorragia y actuar en consecuencia. Se trata, por lo tanto, de una hemorragia postquirúrgica (complicaciones recogidas en CI), que requiere de tratamiento intervencionista y urgente como así se hizo. Se solucionó sangrado de ligamento hepatoduodena; pero, ante los riesgos de daño hepático por afectación de arteria hepática, se resuelve traslado, en ese mismo momento, a un Centro con Unidad de Cirugía Hepática, decidiendo que sea la C.U.N, por proximidad (...)

5º.- En cuanto a las condiciones en las que se realiza el traslado del paciente, aun pudiendo resultar aparatosas, son las que se corresponden con la situación clínica del mismo (...)

6º.- El paciente continuó sufriendo complicaciones, que recibieron tratamiento adecuado en C.U.N, hasta la recuperación progresiva del proceso.

Por lo expuesto, y pese a reconocer el padecimiento durante el período en el que surgieron las complicaciones y el sufrimiento causado por los diferentes tratamiento recibidos, no se puede considerar que la asistencia sanitaria haya sido incorrecta y que no se haya actuado conforme a la lex artis”.

Séptimo

Finalizada la instrucción del expediente con los datos, informes y escritos precedentemente descritos, la Instructora puso tal circunstancia en conocimiento de todos los personados en el mismo: el reclamante, (por escrito de 19 de enero 2015, notificado el siguiente 26); la Aseguradora de la C.V. (a cuyo representante le remitió escrito de 19 de enero de 2015, recibido el siguiente 22); y la Aseguradora M.I, S.A.S. (por escrito de 19 de enero de 2015, notificado el siguiente 22). En dichos escritos, se les concedía el trámite de vista del expediente y plazo de alegaciones.

En fecha 9 de febrero de 2015, se presentó, por C.V, un escrito de alegaciones, en las que se manifestaba no haber existido infracción de la *lex artis*, y terminaba solicitando la desestimación de la reclamación. A dicho escrito, acompañaba un informe médico pericial del Dr. H.G.R, Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, en cuyas conclusiones fundaba su solicitud la alegante.

También presentó alegaciones el reclamante, en escrito de 10 de febrero de 2015, que tuvo su entrada en el correspondiente Registro el siguiente día 17. En ellas, vuelve a reiterarse en las manifestadas en su inicial de reclamación.

Octavo

Completados los trámites referidos, con fecha 25 de marzo de 2015, la Instructora elaboró la Propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Recibida la Propuesta de resolución antedicha por la Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud, ésta solicitó, a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la misma Consejería, el preceptivo informe, el cual se llevó a cabo con fecha 16 de abril de 2015, considerando ajustada a Derecho la Propuesta de resolución.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado el 17 de abril de 2015, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha el 20 de abril de 2015, y registrado de entrada en este Consejo el 21 de abril de 2015, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicio Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 22 de abril de 2015, procedió, en nombre de dicho

Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad de dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una Propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11, g), de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción hoy vigente, fija la preceptividad del dictamen cuando la cuantía reclamada sea igual o superior a 50.000 euros. Siendo, en este caso, la reclamación de 205.428,40 euros, nuestro dictamen es preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del artículo 12.2 del citado RD 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC).

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la LPAC, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del RD 429/1993, de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (por todos, D.20/13), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.

4º.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijera este Consejo Consultivo, entre otros, en su dictamen D.3/07, “...la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino

*del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demanda: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterio de la *lex artis ad hoc*, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo...”.*

Este Consejo ha venido recogiendo, en sus dictámenes, los requisitos para que se produzca la responsabilidad patrimonial sanitaria establecidos por los Tribunales de Justicia, en las Sentencias dictadas sobre dicha materia, de las que constituye exposición, clara, y ampliamente fundada, la de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior Justicia de La Rioja, de 15 mayo 2013 (Rec. núm. 31/2012; Ponente, Ilmo. Sr. D. J.M.E.P.), ya citada en anteriores dictámenes (cfr. D.04/14, D.41/14 y D.56/14), a los que nos remitimos.

Tercero

Sobre la existencia o no de un título de imputación del daño a la Administración en el presente caso

1. Motivos de imputación alegados por el reclamante.

De lo expuesto por el reclamante en su escrito de solicitud del daño patrimonial que dice producido, podemos sintetizar que la funda en la concurrencia de las tres siguientes infracciones de la *lex artis*:

-Una es la ocurrida en la primera de las intervenciones quirúrgicas que le fueron practicadas, la colecistectomía laparoscópica del 15 de junio de 2012, durante la cual, refiere (cfr. el Hecho 2º de su escrito de reclamación, párr. 1º) que: *“el cirujano (Dr. F.R.) realizó un gesto quirúrgico, por el cual causó al paciente una perforación del colédoco, provocando una fuga de bilis que no fue diagnosticada hasta doce días después.....”.*

-Otra es la acaecida en la intervención quirúrgica practicada, con carácter de urgencia, el 5 de julio de 2012, durante la cual, refiere que se produjo: *“una nueva lesión yatrogénica por lesión de la arteria hepática derecha, con hemorragia importante, siendo esa la causa de que, ante la falta de capacidad del equipo quirúrgico, se decidiera su traslado a la C.U.P.”.*

-Finalmente, alega la grave negligencia que entiende producida en la intervención

quirúrgica del 5 de julio de 2012, con motivo de la *“evidente falta de previsión de medios, al realizarse una intervención quirúrgica, susceptible de grave complicación, y suspenderse la misma para trasladar al paciente en ambulancia, con el abdomen abierto a otro hospital perteneciente a otra comunidad autónoma”*.

Hemos de examinar –con apoyo en los informes periciales obrantes en el expediente- si concurren, en esos hechos, los requisitos que dan origen a la responsabilidad solicitada.

2. En cuanto a la lesión por perforación del colédoco.

El informe pericial del Dr. G.Q, aportado por el reclamante, no determina -al menos con la suficiente claridad- que dicha lesión se produjera en el transcurso de esa primera intervención -la colecistectomía laparoscópica-. Ciertamente es que, en el mismo se manifiesta que los informes médicos *“acreditan la existencia de un fuga biliar, tras la primera intervención quirúrgica”*, y que *“se comprobó, en la segunda intervención quirúrgica, que se debía a la existencia de una lesión en proximidad a la grapa situada en el colédoco superior”*.

Sin embargo, la afirmación anterior es contrapuesta a la expresada por el Dr. L.E. en el informe médico-pericial que la consultora P. emite a instancia de la Aseguradora del SERIS (págs. 22 y 23 del informe), en el que especifica que:

“Se trata de un paciente intervenido de colecistectomía laparoscópica que tiene dos complicaciones graves: lesión biliar y hemorragia postquirúrgica (...). Estas dos complicaciones graves están descritas y, aunque no frecuentes afortunadamente, pueden ocurrir y no son previsibles; están reseñadas en todos los protocolos de consentimiento informado que se facilitan a los pacientes, incluso se reseña que, en raras ocasiones, pueden terminar en resecciones hepáticas, trasplante e incluso la muerte.

*La lesión de la vía biliar puede estar presente entre un 0,4 y un 1,0% de las colecistectomías. Sabiendo que la mayoría de las lesiones de las vías biliares se producen por anomalías de las mismas (...). Hay que tener en cuenta, **por la manifestación tardía de la lesión** (10 días después de la intervención), que **la causa de la lesión pudiera ser la caída de una escara causada por el bisturí eléctrico** cerca del cístico corto (en la confluencia de los dos hepáticos, derecho e izquierdo).*

En cualquier caso, la lesión fue lateral y puntiforme, por lo que el tratamiento con métodos menos invasivos (drenajes y CPRE) es el indicado, ya que, de esta manera, al paciente se le trató de evitar las complicaciones que tiene la anastomosis hepático-yeyunostomía (fístula, biloma, estenosis y colangitis) y que tuvo el paciente en el tratamiento posterior, aunque, en ese momento, el tratamiento fue el adecuado y las complicaciones se resolvieron correctamente.”

Por otro lado, en el consentimiento informado, tras el cual el reclamante aceptó la intervención, expresamente se recoge:

“Riesgos poco frecuentes y graves: ... fistula biliar con salida de bilis que, en la mayoría de los casos, se resuelve con tratamiento médico, pero que, a veces, precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis). Sangrado o infección intraabdominal... Por la cirugía laparoscópica, puede haber lesiones vasculares, ... Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico..., pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y, excepcionalmente, puede producirse la muerte”.

En síntesis, aún cuando esta lesión iatrogénica [según la Real Academia de la Lengua así escrita aunque, señala, suele escribirse con “y” inicial, y cuyo significado define como “.....se dice de toda alteración del estado del paciente producida por el médico.....”] se produjera en esa primera intervención, constituye un riesgo implícito en la propia técnica quirúrgica, que excluye la infracción de la *lex artis*, habiéndose informado adecuadamente al paciente sobre el mismo.

3. En cuanto a la lesión de la arteria hepática derecha.

A iguales conclusiones que las precedentes hemos de llegar al examinar esta lesión producida al practicarse al reclamante, el 5 de julio de 2012, una laparotomía endoscópica para tratar de corregir la hemorragia postquirúrgica surgida tras intervención anterior.

Como cuestión previa, hemos de señalar que no existe unanimidad en las opiniones y aseveraciones médicas obrantes en el expediente acerca de cómo se produjo la lesión de la arteria hepática; ya que, mientras el reclamante, con apoyo en el informe pericial emitido a su instancia por el Dr. G.Q, mantiene que fue, en esta intervención, en la que se produjo la lesión, el resto de informes periciales son contundentes en afirmar que la lesión en esa arteria ya existía cuando se le practicó dicha intervención de 5 de julio de 2012; puesto que, precisamente, esa intervención tuvo como finalidad, no la de reparar la arteria lesionada, sino la de encontrar la razón del sangrado que se venía manifestado en el paciente a través de los drenajes que le habían sido colocados en la intervención anterior; de suerte que fue precisamente el descubrimiento de esa lesión lo que obligó a la ligadura de la arteria lesionada, y al traslado del paciente al hospital más cercano, por los riesgos presentados.

Así, el mencionado informe del Dr. L.E. especifica que:

“En cuanto a las hemorragias graves, en la colecistectomía laparoscópica, están presentes entre un 0.5 y un 0.7%, siendo responsables los grandes vasos, pero, fundamentalmente, la arteria hepática, que es la que está más cerca de la zona de disección. La hemorragia se produjo en un segundo tiempo, teniendo origen en la intervención de colecistectomía laparoscópica. En las intervenciones de colocación de drenajes, es difícil la lesión arterial, ya que no se disecciona ningún tejido (...).

Una vez realizada la papilotomía endoscópica por CPRE y en condiciones ideales para que la bilis pasara directamente a duodeno sin la resistencia del esfínter de la papila y que fuera disminuyendo el débito por los drenajes, se forma un gran hematoma; por el sangrado en la zona hepática, deja de salir bilis; y el paciente empeora de tal manera que no hay tiempo ni de hacerle un TAC vascular para visualizar la zona sangrante; es intervenido de urgencia vital (no electiva) para hacer hemostasia de la hemorragia, no para reparar la lesión biliar.

Debido a la hemorragia en el hilio hepática (pedículo por el que va arteria, vena y vía biliar) y a la lesión biliar, fue un acto de prudencia el traslado a un Servicio Cirugía Hepática con Programa de Trasplante Hepático, recomendación que se hace en la literatura médica cuando aparecen complicaciones vasculo-biliares graves”.

En cuanto al consentimiento, se ha de poner de relieve que el obrante en el expediente, y referente a la primera intervención quirúrgica, no aparece firmado por el reclamante. Esta circunstancia es justificada por la Instructora del expediente, en la Propuesta de resolución, al argumentar que:

- Ello es debido a que ese documento, obrante en el expediente, se ha “descargado” de la historia clínica digital del paciente, que se crea e incorpora a la historia en el momento en que se propone la intervención, entregándose una copia del mismo al paciente para su firma.
- La información se le dio, pues, en tal modelo, aparece la fecha de su producción, el 12 de marzo de 2012, así como el Médico que le informa, el Dr. M.A.C.H.
- La información que recoge el modelo de consentimiento informado también aparece reflejada en la hoja de notas evolutivas del paciente creada el 12 de marzo de 2012.
- Obra en el expediente, y debidamente firmado de conformidad por el reclamante, el consentimiento informado para la anestesia que se había de llevar a cabo en esa intervención quirúrgica.

En coherencia con todo ello y al amparo de la jurisprudencia que cita (referente a que, pese a la exigencia legal de la constancia de la información facilitada, son admisibles otros medios de prueba que la pongan de relieve), considera la Instructora haberse cumplido adecuadamente tal trámite, lo que es ajustado a Derecho.

El informe de los Servicios Jurídicos obrante en el expediente incide en la adecuación a Derecho de esa conclusión, profundizando en las resoluciones judiciales que la amparan.

Y a ello ha de añadir este Consejo que el propio reclamante reconoce haber sido informado, al manifestar expresamente en su escrito de solicitud (cfr. el Hecho 1º, párr. 5º) que *“accedió a realizársela [la intervención de colecistectomía] ...por haber sido diagnosticado de cálculos biliares, tras habersele explicado que, en un máximo de 24 horas, le darían el alta hospitalaria y que la recuperación era rápida y sencilla”.*

Cierto es que, en el párrafo siguiente, continúa diciendo: “...*pues, desde luego, si hubiera sido informado de la posibilidad de las múltiples complicaciones que se han desencadenado jamás hubiera prestado su consentimiento ni se hubiera sometido a tal practica, dado el daño tan desproporcionado que ha aparecido*”.

Ahora bien, estas expresiones no pueden entenderse como manifestación de no haber sido informado de los riesgos inherentes a la intervención, pues: i) su redacción, es claro, hace patente un “desahogo” por las vicisitudes pasadas; basta observar que hace referencia a “...*las múltiples complicaciones que se han desencadenado*” y al “*daño tan desproporcionado que ha aparecido*”; y ii) siendo la información un acto único, no entra en los criterios de la sana lógica que se le informe de la intervención quirúrgica, se le explique en qué consiste, y se le indique cuál o cómo es el resultado normal de la misma, y no le sean expuestos los riesgos que, infrecuentemente, se pueden producir, máxime cuando, entre ellos, se encuentra la muerte del paciente.

4. Recapitulación sobre ambas lesiones.

En definitiva, tanto en lo que a esta concreta lesión se refiere, como a la anterior, se ha actuado conforme a las exigencias de la *lex artis*.

Conviene precisar, respecto a este requisito, que no se cumple la *lex artis* con la mera circunstancia de disposición de medios y adecuación del tratamiento al acto médico concreto que se ha de realizar, sino que forma parte de su exigencia el que se lleve a cabo con la debida corrección. Como manifiesta, con cita de otras, la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala 3ª, Sección 4ª) de 30 de abril de 2013:

“OCTAVO ... Obviamente, si la responsabilidad patrimonial se basa en la correcta ordenación de medios, en este caso dicha ordenación no ha sido la correcta pues no se disponía de los medios acertados para la clase de patología de la recurrente. La jurisprudencia tiene dicho (Sentencia de fecha 31 de enero de 2008 (Rec. casación 4065/03) y 22 de abril de 2008 (casación 166/05), entre otras muchas, que la responsabilidad patrimonial se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente (...)

En relación a la información recibida por la paciente (cuestión alegada por la administración demandada y la codemandada) resulta que en la hoja de información (folio 91 del expediente) se le informa precisamente de la posibilidad de que se produzcan hemorragias, pero la existencia de

la información no justifica que se le someta a una asistencia incorrecta desde el punto de vista de la adecuada ordenación de medios materiales para garantizar un correcto resultado. El hecho de que la correcta información se integre en la lex artis no supone que una vez que se ha informado al paciente, el Médico se exonere de responsabilidad; antes al contrario, la información y el consentimiento es una parte de la corrección de la asistencia que representa la lex artis pero no puede hacer recaer sobre el paciente los posibles efectos de la asistencia si esta no se ha prestado de modo satisfactorio desde el punto de vista de la técnica médica que representa la lex artis; así lo ha dicho la Sala Tercera del Tribunal Supremo en la sentencia correspondiente al recurso 1777/2010 cuando habla de que "la existencia de consentimiento informado no obliga al paciente a asumir cualesquiera riesgos derivados de una prestación asistencial inadecuada ... y esto es así por cuanto el de información es un deber autónomo, que ha de ser cumplido a la par que la obligación de la actuación correcta y a tiempo conforme a las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria, sin solapamiento de uno por la otra".

Y, si bien esta Sentencia concluye considerando la existencia de infracción a la *lex artis*, lo hace por cuanto los presupuestos facticos están constituidos, según refiere:

“SÉPTIMO... Por lo que se refiere al primer motivo de casación formulado por la parte recurrente en relación a lo previsto en el artículo 88.1.d) de la LRJCA en relación con lo previsto en el artículo 139 de la ley 30/92 hay que decir que la jurisprudencia de esta Sala utiliza el criterio de la lex artis como delimitador de la normalidad de la asistencia sanitaria; así la sentencia de fecha 30 de Septiembre de 2011 (Rec. 3536/2007) cuando habla, citando otras sentencias anteriores, de que la responsabilidad de las administraciones públicas, es de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa, se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente.

*En el caso presente el problema fundamental se refiere a la perforación uterina que se produjo a la paciente resultando que si bien la existencia misma de la perforación no supone infracción grave de la lex artis, si lo supone el hecho de que no se detectara la hemorragia que se produjo y ello puesto que (página 18 del Informe del Dr. R.) se explica cómo se trata de una hemorragia interna (que no fluye hacia el exterior) y que se desplaza hacia la cavidad peritoneal y hacia el hematoma retroperitoneal. El perito explica también que: ...un desgarro de esas características no se soluciona con la histerorrafia por planos efectuada por la Clínica ...**del tamaño de la perforación resulta que esta no era una perforación simple sino que debió producirse por un instrumento grande** como una legra o unas pinzas. La solución del equipo de la C.E.B. de proceder a la sutura es correcta pero no solución el problema pues ni se valoró ni se buscó la causa del hematoma (...).*

Todas estas circunstancias obligan a concluir que no hubo una asistencia sanitaria, al menos en los momentos iniciales, conforme a la lex artis y es necesario señalar como a partir de la intervención de la ambulancia del Summa 061, y en la actuación posterior en el Hospital Gregorio Marañón, no consta que se haya producido defectuosa asistencia ni que el servicio sanitaria se haya conducido de modo irregular.

La correcta valoración de todos estos elementos fácticos permite a esta Sala llegar a la conclusión de que la asistencia prestada a la paciente no fue correcta de lo que resulta la necesidad de concluir que existe responsabilidad patrimonial de la administración puesto que la asistencia prestada no fue suficiente...”.

Con ello, se pone de relieve que, siendo las circunstancias fácticas del caso que nos ocupa contrarias a las examinadas por esta Sentencia, nos permite concluir, mediante aplicación *a sensu contrario*, que, en el supuesto de hecho examinado en este dictamen, y en cuanto a estas concretas incidencias, no se produjo la infracción de la *lex artis* que el reclamante denuncia.

5. En cuanto a la alegada negligencia en la intervención quirúrgica de urgencia realizada el día 5 de julio de 2012 para reparar la lesión biliar.

Dicha intervención tuvo por objeto reparar la lesión biliar y, según el reclamante, le produjo lesión en la arteria hepática derecha. Como ya se ha apuntado, el reclamante funda la negligencia en que se adoptó la decisión de efectuar esa intervención en un Centro sanitario que no disponía del equipo quirúrgico para reparar adecuadamente la arteria hepática lesionada, lo que exigió trasladarle luego a la *C.U.N.*, directamente desde el quirófano y en la situación en que se encontraba: en ambulancia y con el abdomen abierto.

Como señala el informe de la Inspección médica (hoja 6 del mismo, párr, 1º, *in fine*):

“...lo cierto es que, repasando la historia clínica, en las notas evolutivas se recoge claramente como es la aparición de sangre en los drenajes que porta el paciente, y que va en aumento, junto con deterioro de su estado general, los que deciden su entrada en quirófano para evaluar cavidad abdominal, determinar causa de la hemorragia y actuar en consecuencia. Se trata, por lo tanto, de una hemorragia postquirúrgica (complicaciones recogidas en CI) que requiere de tratamiento intervencionista y urgente como así se hizo. Se solucionó sangrado de ligamento hepatoduodenal; pero, ante los riesgos de daño hepático por afectación de arteria hepática, se resuelve traslado, en ese mismo momento, a un Centro con Unidad de Cirugía Hepática, decidiendo que sea la C.U.N, por proximidad, obviando que no es un Centro perteneciente a la Seguridad Social, anteponiendo el beneficio del paciente...”.

Abunda, en esta manifestación, de forma clara y comprensible, el informe del Dr. L.E, emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, al manifestar (en los dos últimos párrafos de su hoja 24) que:

“Una vez realizada la papilotomía endoscópica del CPRE y en condiciones ideales para que la bilis pasara directamente a duodeno sin la resistencia del esfínter de la papila y que fuera disminuyendo el débito por los drenajes, se forma un gran hematoma por el sangrado en la zona hepática, deja de salir bilis y el paciente empeora de tal manera que no hay tiempo ni a hacer un TAC vascular para visualizar

la zona sangrante, es intervenido de urgencia vital (no electiva) para hacer hemostasia de la hemorragia, no para reparar la lesión biliar. Debido a la hemorragia en el hilio hepático (pedículo por el que va arteria, vena y vía biliar) y a la lesión biliar fue un acto de prudencia el traslado a un Servicio Cirugía Hepática con Programa de Trasplante Hepático, recomendación que se hace en la literatura médica cuando aparecen complicaciones vasculo-biliares graves...”.

Por último, esa decisión de traslado a la C.U.N, en las condiciones referidas, va acompañada de todas las previsiones establecidas para este supuesto, como indica el Dr. D.J.C.C. -en el informe por el suscrito, obrante en la documentación aportada por la Directora del Área de Salud-, quien, en su condición de Jefe del Departamento de Cirugía General, Digestivo y Plástica, expresa:

“...Ante el hallazgo de una rotura de la arteria hepática derecha a nivel del hilio hepático, coexistiendo con una lesión a ese nivel de la vía biliar, una vez salvada la situación crítica de la hemorragia, consideré que la ligadura de la arteria hepática derecha conllevaba un alto riesgo de fracaso... Por tal motivo, decidí la derivación del paciente a un Hospital con Unidad de Trasplante Hepático (no de cirugía hepática, como se dice en el escrito de la reclamación)... Decidí prescindir de la posibilidad de traslado al Hospital Marqués de Valdecilla de Santander (nuestro Centro de referencia Centro del Sistema Público de Salud) por el tiempo de traslado a causa de la distancia. Opté por recurrir a la C.U.N. por la mayor cercanía (aunque es un centro privado y, posteriormente justificar mi decisión), avisando y hablando personalmente con el Cirujano de guardia ante de iniciar el traslado... Dado la excepcional del traslado por las condiciones clínicas del mismo, opté por ser yo quien fuera con el paciente (sin delegar en un MIR o FEA del Servicio) para, además de asumir la responsabilidad, asegurar, en la medida de lo posible, las mayores condiciones de seguridad: UVI móvil, paciente intubado con ventilación asistida, reposición hemática, Diplomado en Enfermería, Médico Especialista en Urgencias-Reanimación, y traslados en UVI móvil y yo mismo como Cirujano, con el material quirúrgico correspondiente... Así mismo, permanecí presente durante toda la intervención que se realizó esa noche en la C.U.N....”.

En definitiva, tampoco en esta concreta actuación se ha producido infracción a la *lex artis*; antes al contrario, se actuó con absoluta adecuación a la misma; pues, ante la aparición de una rotura de la arteria hepática -de la que no existe en todo el expediente constancia de cómo se produjo-, y las complicaciones que en el intento de sanación de la misma se podían producir al no contar, en el Centro Hospitalario en que se estaba actuando, con Unidad de Trasplante Hepático -como instalación de mayor seguridad para las técnicas a emplear en la intervención, y para las complicaciones que se pudieran derivar-, se decidió el traslado a Centro clínico dotado de ella. Y, en cuanto a las condiciones del traslado, basta revisar lo indicado en el informe del Dr. C.C, para concluir que presentó todas las garantías exigibles a ese concreto hecho.

6. Sobre las existencia de daño resarcible en este caso.

En los epígrafes precedentes, hemos expuesto nuestro criterio de que no ha existido en este caso ninguna de las infracciones de la *lex artis* alegadas por el reclamante. Pero, esto dicho, no menos cierto es que resultan innegables las siguientes circunstancias que se desprenden del expediente:

-El origen iatrogénico de las lesiones irrogadas al causante, por más que puedan reputarse riesgos típicos que hayan sido objeto del consentimiento informado y que no se haya probado suficientemente que constituyan infracciones de la *lex artis*.

-El dolor, los padecimientos y las zozobras que el paciente ha sufrido, que no sólo han sido de carácter físico, sino también moral y que el paciente no tenía, en absoluto, deber jurídico de soportar.

-El carácter desproporcionado de tales daños, pues, habiendo consentido el paciente que se le practicase una intervención quirúrgica, en principio, sin mayores complicaciones y bastante habitual, para la extirpación de cálculos biliares; se ha visto sometido, posterior y necesariamente, a una serie de intervenciones quirúrgicas y de actos médicos, algunos de suma urgencia, extrema gravedad y carácter vital, que han comprometido, no sólo su salud de forma grave, sino incluso su misma supervivencia.

Ante todo ello, este Consejo entiende que se han irrogado al reclamante daños físicos y morales que es preciso resarcir. Otra cuestión es la cuantía concreta de la indemnización que, a tal efecto proceda, a lo que dedicamos el siguiente Fundamento de Derecho.

Cuarto

Valoración del daño

El reclamante, como hemos indicado en los Antecedentes de Hecho de este dictamen, aplica analógicamente la Resolución de 21 de enero de 2013, que actualiza el baremo para las indemnizaciones, previsto en el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por RD-Leg. 8/2004, de 29 octubre.

Al respecto hemos de indicar que viene siendo criterio de este Consejo, expuesto entre otros en nuestro dictamen D.48/09, que, sin perjuicio de las referencias que se puedan tener

para la determinación cuantitativa del daño, se ha de efectuar una valoración del acaecido en cada caso, y, en el presente, hemos de tener en cuenta las siguientes circunstancias:

-Las consideraciones efectuadas en los ordinales anteriores.

-Que las secuelas cuantificadas por el reclamante no necesariamente tienen carácter permanente o, al menos, no existe prueba de ello.

-Nuestra postura, mantenida en dictámenes anteriores, de que *“la utilización de algún baremo objetivo puede ser admisible, pero siempre y cuando se utilice con carácter orientativo y no vinculante, ya que debe precisarse y modularse al caso concreto en el que surge la responsabilidad patrimonial”*;

-Que la jurisprudencia del Tribunal Supremo, ante las dificultades que comporta, en ocasiones, la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria, opta en tales casos por efectuar una valoración global, incluyendo en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole.

-Que han de efectuarse esas valoraciones en los términos más ajustados posibles, teniéndose en cuenta, en estos casos de asistencia sanitaria, la presencia de una patología y la necesidad de actos médicos para intentar su desaparición o corrección, y que, de por sí, ya suponen “unas molestias” al perjudicado; lo que, en el caso presente, hemos de conjugar con la especialmente incómoda situación que ha supuesto para el reclamante haber estado durante casi dos años sujeto a unas seis intervenciones quirúrgicas derivadas de una primera, cuyo resultado normal, además de la desaparición de la patología, no debería haber tardado más de un mes en resolverse, como se ha razonado en el punto 5º del Fundamento Jurídico Tercero de este dictamen.

-La doctrina mantenida en casos similares, como, por ejemplo, en nuestro dictamen D.34/07, en el que afirmábamos que es difícil la valoración de este tipo de lesiones, pues no hay parámetros objetivos a los que ajustarse, al encontrarnos con situaciones que bien no están recogidas, bien no son posibles aplicar, ni siquiera analógicamente, del baremo que establece las cuantías de las indemnizaciones por daños causados a personas en accidentes de circulación.

En base a todo ello, estimamos que, en el caso que ahora se dictamina, es prudente optar por una valoración global del daño ocasionado en la cantidad de 140.000 euros.

CONCLUSIONES

Única

Procede estimar en parte la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta, por los motivos expuestos en este dictamen e indemnizar al reclamante en la cantidad de 140.000 euros, con cargo a la partida presupuestaria que corresponda.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero