



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen **269/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de octubre de 2017, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 15 de noviembre de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **324/16**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 14 de julio de 2011, x, en representación de x según la escritura de poder que acompaña, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud por los siguientes hechos, según describe:

1ª) El 16 de mayo de 2010, su mandante ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez, de Lorca, por dolor epigástrico irradiado en cinturón a hipocondrio derecho y espalda, quedando ingresada hasta el día siguiente para futura intervención de colecistitis aguda litiasica.

Realizadas las pruebas pertinentes en el Hospital Rafael Méndez, la paciente fue derivada al Hospital Virgen del Alcázar, centro concertado con el Servicio Murciano de Salud, para la realización de la intervención quirúrgica que le fue practicada el 20 de julio de 2010 por el Dr. x. Fue dada de alta al día siguiente, siendo citada para curas cada 48 horas, así como las futuras revisiones que se concretarían telefónicamente. En el documento de alta, se advierte por la reclamante que no lleva el nombre, ni el número del colegiado que la firmó, pero también que el cirujano no pasó a verla.

2ª) En la hoja de observaciones se puede constatar que el estado de la paciente no era satisfactorio para el alta médica, pues desde las primeras horas del día 21 tenía mareos y náuseas, una tensión arterial de 8/4 y 9/5, y tras la visita de la Dra. x, hasta entonces desconocida para x, le da como solución suero fisiológico y un té, ante lo cual no reaccionó favorablemente x, a la vez que el personal de la clínica le decía que eso era normal y que podía abandonar la habitación para que el personal de limpieza realizara sus labores, pues otro paciente había de ocupar la habitación. Dado el estado de angustia de la paciente pensó que estaría mejor en su casa.

3ª) Durante la tarde del día 21 de julio, el estado de x seguía sin mejorar, agravándose la situación por la noche con continuos vómitos, mareos y fuerte dolor en la zona epigástrica, lo que le obligó a acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez, quedando ingresada para ser intervenida por "*sección completa del hepático común*", tras la colicestectomía laparoscópica que le fue realizada con mala *praxis* en el Hospital Virgen del Alcázar con evidente riesgo para su salud e integridad y que el cirujano que la intervino no la vio después de la intervención, aunque al parecer firmó su alta hospitalaria pese al cuadro de vómitos, mareos y dolor lo que evidencia una mala *praxis*.

4ª) En la segunda intervención que se le realiza en el Hospital Rafael Méndez, una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux con derivación biliodigestiva, dejándole drenaje externo en vía biliar, fue dada de alta hospitalaria 11 días después, el 2 de agosto de 2010 con revisiones periódicas, siendo en una de ellas, la de 26 de agosto de 2010, con motivo de una revisión radiológica, cuando se advierte una extravasación del contraste, lo que vuelve a provocar nuevo ingreso hospitalario hasta su normalización, con alta hospitalaria el 31 de agosto siguiente, pautándole tratamiento farmacológico y revisiones mensuales, siendo dada de alta para su trabajo habitual el 8 de noviembre de 2010, si bien indica que a fecha de la reclamación continua con las revisiones mensuales.

5ª) Expone, como una anécdota más (sic) de las actuaciones del Centro Médico Virgen del Alcázar que pudo tener consecuencias nefastas para la salud de su mandante, que en el estudio de inmunohematología el RH de la paciente se encuentra equivocado.

Atribuye al Centro Concertado una deficiencia asistencial en el funcionamiento de los servicios médicos, concretamente del Servicio de Cirugía del Hospital Virgen del Alcázar, solicitando una indemnización de 209.777,42 euros, comprensiva de 20 días de ingreso hospitalario a razón de 66 euros por día, 93 euros por días improductivos a razón de 53,66 euros, 228 días de curación a razón de 28,88 euros y 60 puntos por las secuelas, consistentes en la sección total del conducto hepático con derivación gástrica a razón de 1.984, 04 euros el punto, así como 80.000 euros por el daño moral causado a su mandante, que han modificado su situación anterior debido a la mala *praxis* médica.

A efectos de prueba se acompañan los documentos numerados hasta el 9, así como propone también como prueba documental que se dirija oficios al Hospital Rafael Méndez y al Hospital Virgen del Alcázar para que envíen la historia clínica de la paciente, así como que se dirija oficio al Hospital de Caravaca de la Cruz a fin de que por el Gerente se informe si el 21 de julio de 2010 el Dr. x, cirujano, se encontraba de servicio en dicho Hospital.

SEGUNDO.- Con fecha 21 de julio de 2011, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó resolución de admisión a trámite, que fue notificada a las partes interesadas; así mismo se solicitó copia de la historia clínica e informe de los facultativos que atendieron a la paciente a la Gerencia de Área de Salud III y al Hospital Virgen del Alcázar. También se solicitó al Hospital Comarcal del Noroeste que se informara si el 21 de julio del 2010 el Dr. x se encontraba de servicio en dicho Centro Hospitalario.

Asimismo se dio traslado de la reclamación a la Correduría de Seguros -- para su traslado a la compañía aseguradora del Ente Público.

TERCERO.- El Jefe de Unidad de Admisión y Documentación Clínica de la Gerencia Única del Área IV de Salud remite copia del Libro de Registro Quirúrgico y de la plantilla de guardias correspondientes al mes de julio en las

cuales se evidencia que el Dr. x tuvo quirófano y presencia física el día 21 de julio de 2010 (folios 39 a 41).

CUARTO.- Desde el Hospital Virgen del Alcázar se remitió la historia clínica del paciente, especificando que fue derivada por la Unidad de Lista de Espera del Servicio Murciano de Salud para ser intervenida de Colectomía laparoscópica, siendo asistida por facultativos del Centro Concertado (folios 42 a 75).

QUINTO.- Desde Gerencia de Área de Salud III se remitió el historial en el Hospital Rafael Méndez, así como el informe del Dr. x (folios 79 a 197).

SEXTO.- Tras ser reiterada la solicitud de informe por el facultativo interviniente, el Hospital Virgen del Alcázar remite el informe del cirujano Dr. x (folio 202), quien señala:

"x fue atendida por mí en consulta de cirugía en julio de 2010 donde fue remitida de lista de espera del SMS por sufrir un cuadro de coledocolitiasis sintomática. En la exploración se puso en evidencia la existencia de un cuadro de colecistitis aguda y programamos la intervención con mínima demora.

Fue intervenida por mí el día 20 de julio de 2010 y durante el acto operatorio pude constatar la existencia de una colecistitis aguda litiasica con un importante componente inflamatorio. La colecistectomía cursó con la única incidencia de un fallo en el dispensador de grapas por lo que tuve que retirar tres clips cruzados y volver a clipar con un nuevo dispensador.

Esto es una eventualidad tan corriente que ni siquiera lo hice constar en el protocolo quirúrgico. No obstante tras el nuevo clipado revisé el estado de la vía biliar no encontrando ninguna lesión de la misma y además dejé como precaución un drenaje en Hipocondrio derecho. La enferma fue controlada por mí a últimas horas del día de la intervención no objetivando ningún líquido patológico por el tubo de drenaje.

Las lesiones de vía biliar principal son una de las lesiones más graves que pueden ocurrir en el curso de una colecistectomía. Desde la introducción de la laparoscopia la frecuencia se cree que ha aumentado estando (según la literatura científica) en torno al 0,3 al 0,5 por mil (incluso mayor) de las colecistectomías y son atribuidas en parte a la curva de aprendizaje o las nuevas técnicas: Clips, bisturí eléctrico, láser, etc. También ha aumentado el porcentaje de estas lesiones que no son detectables durante la intervención al poder ser lesiones que ocurren a las horas, días o semanas de la misma: laceraciones por clips, quemaduras por energía eléctrica etc.

Esta complicación está expresamente recogida en el consentimiento informado de colecistectomía elaborado por la Asociación Española de Cirujanos".

SÉPTIMO.- La Compañía Aseguradora del Ente Público (--) aportó informe médico pericial (folios 206 a 209), que concluye:

"De las fuentes del informe y de las consideraciones médicas expuestas, se obtienen las siguientes conclusiones:

- *Que x, afecta de colelitiasis, fue propuesta para intervención quirúrgica en el Hospital Rafael Méndez.*
- *Que el 20-7-10 se llevó a cabo colecistectomía por vía laparoscópica sin aparentes incidencias.*
- *Que a las 48 horas de la intervención la paciente acudió a urgencias con un cuadro de ictericia obstructiva por lo que se le intervino de inmediato.*
 - *Que se había producido una sección del conducto hepático común, por lo que se realizó una derivación de la vía biliar a yeyuno.*
 - *Que la posterior recuperación de la paciente fue satisfactoria, salvo un ingreso por extravasación de contraste y retirada del catéter de vía biliar.*
 - *Que la lesión de vías biliares en el curso de cirugía laparoscópica para extracción de vesícula es un riesgo conocido, inherente a la intervención e imposible de evitar completamente aún en las manos más expertas.*
 - *Que por ello está recogido en la información sobre los riesgos y posibles complicaciones de la técnica y había sido puesto en conocimiento de la paciente.*
 - *Que las actuaciones médicas fueron correctas y adecuadas a la Lex Artis".*

OCTAVO.- En fecha 25 de noviembre de 2013 (registro de entrada). el letrado que actúa en representación de la reclamante expone la tardanza en la resolución del procedimiento, además de aportar nueva documentación relativa a su proceso, dado que la paciente en fecha 13 de julio anterior fue nuevamente ingresada en el Hospital Rafael Méndez por un fuerte dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio, disuria, coluria e ictericia cutánea, siendo diagnosticada de una colangitis, siendo dada de alta por evolución favorable el 17 de julio de 2013 (de baja laboral hasta el 19 de noviembre), quedándole como secuela derivada de la intervención quirúrgica realizada en su día: cambios postquirúrgicos, estenosis a nivel de la anastomosis hepato-yeyunal con dilatación secundaria a la vía biliar hepática.

Esta nueva documentación se remite a la Compañía Aseguradora y a la Inspección Médica.

NOVENO.- Por la Inspección Médica se emite informe el 3 de septiembre de 2016, en el que se concluye:

"x, de 48 años, es diagnosticada de "Colecistitis aguda litiasica" el 16/05/2010 en el Hospital Rafael Méndez de Lorca, por lo que se la incluye en lista de espera quirúrgica para colecistectomía laparoscópica. El 20/07/2010 con

consentimiento informado firmado, es intervenida en el Hospital Virgen del Alcázar de Lorca, con alta médica el 21/07/2010. Tras el alta, al día siguiente (22/07/2010), ingresa por ictericia, por lo que es intervenida de forma urgente, encontrando la "sección del conducto hepático común" y realizan una "hepatoyeyunostomosis", con un postoperatorio sin incidencias, comprobando mediante colangiografía el buen funcionamiento de la derivación biliar realizada, con alta el 02/08/2010 la paciente reclama por mala praxis médica en la intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica del 20/07/2010 y por secuela en 2013 derivado de la intervención quirúrgica de hepatoyeyunostomosis del 22/07/2010 de hospital Virgen del Alcázar de Lorca.

1- x, de 48 años, es correctamente diagnosticada de "Colecistitis aguda litiásica" el 16/05/2010 en el Hospital Rafael Méndez de Lorca.

2. El 20/07/2010, se realiza en el hospital Virgen del Alcázar de Lorca una "colecistectomía laparoscópica" que es la técnica de elección para las colecistitis agudas. Hay firma de consentimiento informado.

3. Se produce una complicación intraoperatoria de vías biliares por un accidente no previsible, que tiene como consecuencia una lesión iatrogénica que pasa desapercibida por el cirujano, con resultado final de "sección del conducto hepático común", que es una complicación de vías biliares en la colecistectomía laparoscópica reflejada en el consentimiento informado firmado. La incidencia de complicaciones iatrogénicas de vías biliares en estos casos es del 0.6% al 0.8%.

4. El 22/07/2010 se realiza la hepatoyeyunostomía en Y de Roux que es el tratamiento indicado cuando ocurre una "sección completa del conducto hepático común postcolecistectomía".

5- La hepatoyeyunostomosis se pudo realizar en el mismo acto operatorio del 20/07/2013 sin necesidad de realizarla en una segunda intervención, si el cirujano hubiera sospechado una posible lesión de vías biliares realizando una colangiografía intraoperatoria.

6. El 02/08/2010 es alta sin complicaciones, comprobando mediante colangiografía que no hay fugas del árbol biliar.

7. Las lesiones de colangitis de vías biliares que presenta la paciente tres años después (2013) son previsibles en pacientes intervenidos de complicaciones biliares.

8- La "estenosis de la anastomosis hepatoyeyunal con discreta dilatación de vía biliar" en 2013 es una complicación a medio plazo, por lo que no se considera como recaída de la intervención del 22/07/2010".

DÉCIMO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes interesadas, el letrado que representa a la reclamante presenta escrito de alegaciones el 7 de octubre de 2016 (folios 234 y ss.), en las que se ratifica íntegramente en su escrito de reclamación, el cual considera no ha sido desvirtuado ni solventado médicamente en sus contenidos y resultado de la mala praxis en la intervención de su mandante según refiere, que concluyó en la sección íntegra. Asimismo muestra su disconformidad con los informes de los Dres. x, y por sus inexactitudes y los derivados de estos por conducir a inexactitudes. A tal efecto expresa que el documento de consentimiento informado es una firma por adhesión a lo que el centro médico considera oportuno y, por tanto, el paciente no puede negociar su firma o el alcance del mismo. Añade que si el centro médico era consciente de que las intervenciones quirúrgicas pueden verse afectadas en un alto porcentaje, debió extremar protocolos para aseverar que no se había producido

la sección del hepático común; sin embargo desde que la intervención quirúrgica finalizó no se practicó actuación médica alguna, más que darles unos calmantes y un té, siendo poco afortunado el trato que se le dio a la paciente al alta. Sostiene que se produjo una falta de pericia médica en la intervención del Dr. x por el hecho de no haber efectuado tras la colicestomía laparoscópica una prueba tan sencilla como una colangiografía y así comprobar que el hepático común había quedado en perfectas condiciones o bien si pierde bilis por el mismo, lo que hubiera derivado en una operación exitosa desde sus orígenes como se demostrará en el momento procesal oportuno, caso de no ser estimada la pretensión.

UNDÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 28 de octubre de 2016, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir los requisitos determinantes de la misma porque no resulta acreditada la infracción de la *lex artis*, ni la antijuridicidad del daño.

DUODÉCIMO.- Con fecha 15 de noviembre de 2016 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Régimen jurídico, legitimación, plazo y procedimiento.

I. La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC 2015, Disposición derogatoria única, párrafo 2, letra a) la cual, junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración. No obstante, a tenor de lo que establece la Disposición transitoria tercera, letra a) LPAC 2015, a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior. Por tanto, la nueva regulación será aplicable a los procedimientos de responsabilidad patrimonial iniciados a partir del día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPAC 2015), no siendo el caso del sometido a Dictamen.

II. La reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC dada su condición de usuaria de la sanidad pública que se siente perjudicada por su actuación.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público de atención sanitaria a la población, aunque la paciente fuera derivada a un centro concertado. Asimismo se desprende de las actuaciones que el cirujano interviniente es empleado de la sanidad pública.

Pero también ostenta dicha legitimación pasiva el Hospital Virgen del Alcázar, conforme a nuestra doctrina (Dictámenes 106/2016 y 101/2017), al que se le dio traslado de la reclamación formulada en su condición de parte interesada, así como le fue solicitado el historial, mediante oficio de 21 de julio de 2011, si bien no consta que le fuera otorgado un trámite de audiencia tras la instrucción seguida, debiendo serle, en todo caso, notificada la resolución que se adopte.

III. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que la Ley concede para que los perjudicados puedan ejercitar la acción (artículo 142.5 LPAC), dado que en el presente caso la reclamación se presenta el 14 de julio de 2011 y aunque la intervención a la que se achaca mala *praxis* se realizó el 20 de julio de 2010, sin embargo, la paciente tuvo que ser reintervenida más tarde por la sección de conducto hepático común (hepaticoyeyunostomis), siendo dada de alta el 2 de agosto siguiente. Además, la reclamación se extiende también a la secuela detectada en el año 2013 (colangitis leve valorada como "esteatosis hepática difusa y estenosis de anastomosis hepatoeyenal").

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido al previsto reglamentariamente en contra de los principios de eficacia, agilidad y celeridad que han de regir la actuación administrativa y que denotan un funcionamiento no diligente del servicio público.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en materia sanitaria.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos

en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a *normopraxis* descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Sobre la concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. La antijuridicidad del daño.

La reclamante sostiene que hubo mala *praxis* en la intervención quirúrgica practicada el 20 de julio de 2010 en el Hospital Virgen del Alcázar (colecistectomía laparoscópica) por derivación del Servicio Murciano de Salud, que le produjo una sección completa del hepático común con evidente riesgo para la salud y la integridad física. Además, expone que dicha complicación no fue observada por el cirujano, que ni tan siquiera visitó a la paciente después de la intervención para descartar complicaciones. En el escrito posterior de 25 de noviembre de 2013, el letrado que representa a la reclamante añade como secuela derivada de la intervención quirúrgica en su día realizada "cambios postquirúrgicos, estenosis a nivel de la anastomosis hepato-yeyunal con dilatación secundaria a la vía biliar hepática".

Sin embargo, no se aporta por la parte reclamante un informe pericial sobre la actuación del cirujano en aquella intervención y sobre su falta de pericia según se sostiene (se afirma en el escrito de alegaciones que se demostrará en el momento procesal oportuno), por lo que este Órgano Consultivo sólo dispone del informe de la Inspección Médica para valorar técnicamente las imputaciones formuladas a partir de lo señalado con anterioridad de que dicha Inspección se encuentra obligada a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública.

Veamos cuáles son las consideraciones de la Inspección Médica sobre las imputaciones formuladas por la parte reclamante:

I. En cuanto a la primera imputación (mala *praxis* en la intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica, que le produjo una sección completa del hepático común, que no fue percatada por el cirujano en el momento de su producción) se destacan las consideraciones del juicio crítico de la Inspección Médica sobre la actuación sanitaria a la que se achaca mala *praxis*:

1. x, de 48 años, es correctamente diagnosticada de "*colecistitis aguda litiásica*" tras ser ingresada el 16 de mayo de 2010 en el Hospital Rafael Méndez y tras la valoración clínica y los resultados de las pruebas de imagen, incluyéndola en lista de espera quirúrgica para una colecistectomía laparoscópica programada. Dicha técnica es de elección para el tratamiento de las colelitiasis sintomática, así como de la mayor parte de las colecistitis agudas.

2. La colecistectomía laparoscópica realizada a la paciente el 20 de julio de 2010 estaba correctamente indicada habiendo firmado el documento de consentimiento informado con los riesgos específicos de la técnica. A este respecto constan los documentos suscritos en el Hospital Rafael Méndez (hay un error en la propuesta pues figura el Hospital Morales Meseguer, folio 244 reverso), como en el Hospital Virgen del Alcázar (folios 53 y 54, y 165 y 166).

3. Durante la intervención se produjo una complicación de vías biliares, reflejada en el documento de consentimiento informado, señalando la Inspección a este respecto (folio 228):

"Complicación intraoperatoria, producida por un accidente no previsible con la posibilidad de laceraciones en las vías biliares, y que no es percibida intraoperatoriamente por el cirujano. El cirujano deja como precaución un drenaje en hipocondrio derecho recomendado en casos complicados.

Sin embargo, si hubiera sospechado la posibilidad lesión de vía biliar, el cirujano podría haber realizado una colangiografía intraoperatoria con objeto de comprobar la existencia de la "sección completa de conducto hepático común" y poder valorar el tratamiento indicado, que en este caso sería realizar intraoperatoriamente una "hepatoyeyunostomosis" en el mismo acto, sin necesidad de realizarla en una segunda intervención (...).

En el caso de la paciente, tras el alta de la colecistectomía el 21/07/2010, presenta el 22/07/2010 ictericia y dolor en epigastrio, por lo que se le realiza una laparoscopia urgente por "ictericia obstructiva postcolecistectomía", hallándose sin embargo la "sección completa del conducto hepático común" confirmado intraoperatoriamente mediante colangiografía, por lo que en el mismo acto se realiza una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux término-lateral antecólica, indicada en lesiones altas (conducto hepático común) y cuando la sección de la vía biliar es completa, además se realiza una yeyunostomía latero-lateral.

El éxito de reconstrucción en Y de Roux con hepatoyeyunostomosis es del 90% y ofrece mejores resultados a largo plazo. La morbilidad postoperatoria de una reparación biliar es alta aunque los resultados posteriores son difíciles de evaluar, el seguimiento debe ser indefinido, sin embargo hay dificultades para comparar los resultados respecto al tiempo de seguimiento necesario y al cuadro clínico posterior que deben presentar los pacientes.

Podemos decir que, ante la sospecha postoperatoriamente de la posibilidad de lesión del árbol biliar (ictericia), se realiza una intervención quirúrgica urgente, comprobando mediante colangiografía intraoperatoria la "sección del conducto hepático común" reconstruyendo la continuidad de la vía biliar practicando una hepatoyeyunostomía con anastomosis término -terminal en Y de Roux. Se actúa de forma correcta ante la sospecha en el postoperatorio de lesión de vías biliares, con pruebas diagnósticas y con intervención quirúrgica urgente de reconstrucción, indicada en los casos de sección completa del conducto hepático común. Es alta el 02/08/2010 sin complicaciones, tras la realización de nueva colangiografía, comprobando el relleno del árbol biliar sin fugas".

A tenor de lo expresado por la Inspección este tipo de complicación intraoperatoria de vías biliares está reflejada en el documento de consentimiento informado y se produce por un accidente no previsible. La incidencia de complicaciones iatrogénicas de vías biliares en estos casos es del 0,6 al 0,8 %. No manifiesta la Inspección que haya habido falta de diligencia o mala praxis del cirujano por la no sospecha de dicha complicación durante la intervención (se afirma que hay sospecha cuando aparece bilis en el campo operatorio sin haber perforado la vesícula, cuando hay hemorragia descontrolada o cuando hay que poner más clips de lo normal), sin que por la parte reclamante se haya aportado juicio crítico sobre este aspecto de la praxis a través de una pericial, por ejemplo, que evidencie la falta de pericia expresada en su escrito.

II. La reclamante sostiene que su estado no era satisfactorio para la firma del alta médica tras la primera intervención, pues en la hoja de alta de fecha 21-7-10 ya consta que desde primeras horas del día tenía náuseas y vómitos, y ante la hipotensión arterial le dan como solución suero fisiológico y té. También que el cirujano interviniente nunca le vio tras la operación.

En relación con esta imputación, la Inspección Médica expone que después de una intervención abdominal puede

aparecer una disminución del volumen de líquido extracelular, que es la causa más común de hipotensión en el postoperatorio inmediato (6 a 12 horas) de un enfermo que no ha sido sometido a grandes intervenciones o que no tiene patología concomitante. El tratamiento indicado era aportar volumen de perfusión, como se aplicó a la paciente, con una mejoría gradual de la tensión arterial, pasando de 80/45 mmHg a las 11 horas a 100/50 mmHg a las 15 horas del día 21 de julio.

Concluye que la paciente presentó hipotensión en el postoperatorio, siendo tratada correctamente con perfusión rápida y primperán intravenoso para las náuseas y vómitos para mejorar los síntomas.

Asimismo el órgano instructor también destaca que la hoja de enfermería informa que la paciente insiste en irse a casa, aunque se le indica que espere a mejorar los síntomas, lo que parece indicar que el alta lo fue con consentimiento de la paciente (folio 67).

En relación con la falta de observación del cirujano tras la intervención del día 20, éste expone en su informe (folio 202) que *"la enferma fue controlada por mí a últimas horas del día de la intervención, no objetivando ningún líquido patológico por el tubo de drenaje"*. En todo caso fue visitada al día siguiente por una facultativa del Centro Concertado (Dra. x), según expone la misma reclamante y la hoja de enfermería que señala: *"Aviso Dra. x y coloco SF en perfusión rápida. La Dra. acude y tras la exploración médica iniciar tolerancia con té (líquido) y Primperán iv. Se le coloca. Por lo demás sin cambios"* (folio 67).

III. Respecto a la clínica que presentó en 2013 (colangitis), que considera una secuela derivada de la intervención quirúrgica, la Inspección Médica manifiesta:

"Respecto a la reclamación de la clínica que presenta la paciente en 2013, decir que la evolución de los pacientes intervenidos de complicaciones biliares hacia cuadros de colangitis o colestasis es la regla general, produciendo complicaciones locales y generales. La lesión que aparece a medio plazo es la estenosis de las vías biliares. En esta situación, el signo clínico más relevante es la colangitis (...)

En nuestro caso, tres años después, la paciente es ingresada desde el 13/07/2013 hasta el 17/07/2013 para estudio en el Hospital Rafael Méndez por presentar fiebre e ictericia, le realizan una ECO con resultado de "signos de neumbilia y mínima dilatación de la vía biliar intrahepática".

Valorada como Colangitis leve con tratamiento médico, siendo alta el 17/07/2013 asintomática y con buena tolerancia oral".

"(...) Y el 19/06/2014 es vista en urgencias (informe hallado en Agora), por elevación de transaminasas en la que se le realiza una ecografía con resultado de "vía biliar de tamaño normal y esteatosis hepática".

La esteatosis hepática también conocida como hígado graso, es la acumulación de grasa en el hígado, no siempre se acompaña de lesión hepática debido a la gran capacidad funcional del hígado, y no tiene tratamiento

específico.

En resumen, la paciente a fecha de 2013 (3 años después de la intervención), presenta en su evolución una colangitis leve, una estenosis de la anastomosis hepatoyetunal, con discreta dilatación de vía biliar (complicación a medio plazo) que posteriormente en la ecografía de 2014, demuestra que la vía biliar tiene un calibre normal y una esteatosis hepática.

Las lesiones de colangitis de vías biliares y estenosis que presenta la paciente en el año 2013 son, por tanto, previsibles en pacientes intervenidos de complicaciones biliares, por lo que no se considera como recaída de la intervención del 22/07/2010".

Por último, resulta oportuna la cita de la propuesta de resolución a la Sentencia núm. 339/2011, de 1 abril, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia que versa sobre un caso similar al que nos ocupa, al considerar que la lesión sobre las vías biliares es un riesgo inherente a la *colecistectomía laparoscópica*, del que la paciente fue debidamente informada, concluyéndose que no existe antijuridicidad en tal caso:

"SEXTO.- Interesa resaltar que, por su parte, el Informe del Dr. x, de fecha 26 de marzo de 2007, emitido a instancias del Director Médico del Hospital General Universitario Reina Sofía (folio 25) considera que en ningún momento ha existido error médico o mala praxis y que, en todo momento, la actuación médica se ha ajustado a la lex artis, independientemente del resultado producido en la salud del paciente, en el que influyen muchos otros factores además de la buena praxis. Asimismo, advierte que la paciente fue convenientemente informada, prestando el consentimiento con la firma del documento correspondiente para colecistectomía laparoscópica elaborado por el referido Hospital que, según el facultativo, es copia del que recomienda y edita la Asociación Española de Cirujanos. Señala, por último, que las lesiones graves quirúrgicas de la vía biliar como consecuencia de la colecistectomía laparoscópica puede resultar superior a la practicada por vía convencional. Finalmente, considera que la actuación se ajustó a la lex artis y que el acontecimiento adverso producido fuese imposible de predecir y de evitar (...)"

En la referida resolución judicial se señala que existe deber jurídico de soportar los daños derivados de una complicación, de la que ha sido convenientemente informada la paciente, con la suscripción del correspondiente consentimiento informado.

En igual sentido que la anterior la Sentencia de la misma Sala y Tribunal núm. 254/2008, de 24 de marzo, que concluye que la complicación surgida (fístula biliar) durante la intervención de una colecistectomía laparoscópica si bien es un fracaso de la técnica quirúrgica, sin embargo no puede atribuirse a negligencia o falta de diligencia o actuación contraria a la *lex artis* que permita atribuir responsabilidad a la Administración sanitaria.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, al no resultar acreditados los requisitos determinantes de la misma. No obstante habrá de ser corregido el error advertido en la misma (Consideración Cuarta, 1,2) y notificarse también al Centro Concertado la resolución que finalmente se adopte.

No obstante, V.E. resolverá.

