

Expediente Núm. 24/2013
Dictamen Núm. 45/2013

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 7 de marzo de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 4 de febrero de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la deficiente asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de junio de 2012, una Procuradora, en nombre y representación del interesado, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de lo que considera una deficiente asistencia prestada en el Hospital “X”.

Señala que el perjudicado fue diagnosticado "en agosto de 2010 de una pancreatitis flemonosa de origen litíásico", por lo que le realizaron "una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica" en el Hospital "Y". El día 17 de septiembre de 2010 ingresa en el Hospital "X" para que le practiquen "una colecistectomía programada por vía laparoscópica", tras la cual "comienza a presentar un cuadro de dolor abdominal, vómitos (e) inestabilidad hemodinámica", siendo necesario efectuar una "intervención quirúrgica urgente el 20 de septiembre de 2010, por laparotomía", en la que se "aprecia la dehiscencia de la sutura del muñón cístico con peritonitis biliar (700 ml)". Como consecuencia de ello es trasladado al Hospital "Z", donde permaneció ingresado en el Servicio de UVI hasta el día 8 de octubre de 2010", siendo trasladado posteriormente al "Servicio de Cirugía (...), donde fue alta (...) el 18 de octubre de 2010". Dado el "deterioro muscular causado por la intervención" fue remitido a "rehabilitación, iniciando las sesiones de fisioterapia el 19 de abril de 2011 y finalizando las mismas el 20 de septiembre de ese año".

Entiende que el daño sufrido se deriva de "una mala praxis en la primera intervención quirúrgica a la que fue sometido, al no haberse colocado correctamente los clips de sutura, lo que permitió la salida espontánea de bilis que generó el shock séptico".

Solicita una indemnización por importe de treinta y dos mil cuatrocientos setenta y dos euros con cuarenta y siete céntimos (32.472,47 €), que desglosa en los siguientes conceptos: "10 días de ingreso hospitalario", 679,80 €; "357 días restantes hasta alcanzar la estabilización de sus lesiones", 19.731,39 €; "4 puntos de secuelas funcionales", 2.936,80 €; "10 puntos de secuelas estéticas", 8.028 €, y un "10% de incremento (...) de factor de corrección", 1.096,48 €.

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Poder notarial, otorgado a favor de la procuradora que actúa en su nombre. b) Informe "de traslado del Servicio de Cirugía General" del Hospital "X" al Hospital "Z". c) Informe de la intervención quirúrgica realizada el día 20 de septiembre de 2010. d) Informe del Servicio de Anestesia del Hospital "X", de fecha 21 de septiembre de 2010.

e) Informe de alta del Servicio de Cirugía del Hospital "Z", de fecha 18 de octubre de 2010. f) Informe de una fisioterapeuta del Centro de Salud de Moreda, en el que se indica que el interesado, "debido a un posoperatorio complejo, tiene pautadas unas sesiones de fisioterapia y continúa con dolor en los brazos, sobre todo en el derecho. Empezó el tratamiento el día 19-04-2011" y finalizó el "20-09-2011". g) Informe pericial, de fecha 30 de mayo de 2012, en el que consta que, "puesto que en la exploración intraoperatoria realizada el día 20-09-2010 (...) no se encontraron indicios de perforación o traumatismo a otros niveles, se confirma el hecho de que la salida de bilis se estaba produciendo en un muñón en el que no existían clips de ligadura, es decir, que no había sido ligado", lo que pone de manifiesto "una actuación quirúrgica (...) no ajustada a la *lex artis*". De ello se "ha derivado un daño para el paciente consistente en alargar el proceso de curación (...) y la persistencia como secuela funcional de la limitación de la movilidad del hombro derecho en los últimos grados" y se "le ha producido un perjuicio estético causado por la persistencia de la cicatriz de laparotomía". Concluye que de "haberse actuado de acuerdo a la *lex artis* la recuperación posoperatoria habría sido de unos diez días", y que el "periodo de consolidación del proceso achacable a esta actuación se extiende desde el día 18-09-2010 al 20-09-2011 (367 días), de los que 10 días fueron en régimen de hospitalización (del 18-09-2010 al 10-10-2010) y los 357 días restantes ambulatorios, siendo todos ellos impeditivos para la realización de las actividades habituales".

2. Mediante escrito de 4 de julio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria notifica a la representante del perjudicado la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 9 de julio de 2012, el Inspector de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a los Gerentes del Hospital "X" y del Hospital "Z" una copia de la historia clínica del perjudicado y un informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el primer caso, y de la Unidad de Vigilancia Intensiva y del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el segundo.

4. Con fecha 23 de julio de 2012, el Gerente del Hospital "Z" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del interesado.

5. El día 13 de agosto de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias reitera la solicitud de documentación a las Gerencias de ambos hospitales.

6. Mediante escrito de 27 de agosto de 2012, el Gerente del Hospital "X" traslada al Servicio instructor una copia de la historia clínica del reclamante y el informe emitido por el Servicio de Cirugía General y Digestivo.

7. El día 23 de agosto de 2012, mediante fax, la Dirección Médica del Hospital "Z" envía al Servicio instructor el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía el 22 de agosto de 2012. En él consta que el interesado ingresó el día 21 de septiembre de 2010 en la UVI tras un "posoperatorio de alto riesgo. Situación de shock con necesidad de soporte ventilatorio", y que una vez recuperado se traslada a planta donde "evoluciona lenta pero satisfactoriamente", siendo dado de alta el día 18 de octubre de 2010.

8. Con fecha 5 de octubre de 2012, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias el informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital "X" el 26 de septiembre de 2012. En él sostiene que "no se objetiva contradicción" entre los informes referentes a las "dos intervenciones quirúrgicas que precisó el enfermo". Afirma que en el elaborado

por la doctora que llevó a cabo la primera operación se “especifica claramente la colocación de tres clips quirúrgicos en el conducto cístico antes de seccionarlo y no relata incidencias en la intervención”, y que en el “informe de la reoperación” se “menciona literalmente `identificación de un clip que se corresponde con la arteria cística y otro clip próximo a la zona de fuga biliar´ (hallazgo no detallado o especificado en el resumen del informe de traslado a la UVI)”. Considera que la “eventualidad” sufrida por el interesado “no es frecuente pero sucede en un porcentaje de operaciones por vía endoscópica y por laparotomía”, y que en “muchas series de hospitales especializados han observado no menos de un 20% de fugas biliares por el muñón cístico”, añadiendo que dicha “complicación se menciona claramente en el documento (de) `consentimiento informado´ que el paciente conocía y firmó”.

El día 9 de ese mismo mes, el Gerente del Área Sanitaria VII traslada al Servicio instructor una copia de la historia clínica del reclamante. Obran en la misma, entre otros, un informe de la cirujana que el día 17 de septiembre de 2010 realizó la colecistectomía, en el que se refleja “ligadura y sección (arteria) cística y (conducto) cístico. 2 clips proximales, uno distal. Colecistectomía”, y el emitido por el cirujano que practicó la segunda intervención al paciente el día 20 de septiembre de 2010, en el que se detalla el procedimiento seguido.

9. Con fecha 15 de octubre de 2012, el Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él considera que los documentos obrantes en el expediente “ponen de manifiesto sin lugar a dudas que los clips fueron efectivamente colocados en la primera intervención para ligar la arteria y el conducto cístico”.

Concluye que la asistencia se prestó “con estricta observancia de la *lex artis ad hoc* y que el daño sufrido” por el interesado “se debe a la materialización de uno de los riesgos típicos del procedimiento quirúrgico por circunstancias del propio paciente, imposibles de prever y evitar”.

10. Mediante escritos de 16 de octubre de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

11. Con fecha 6 de noviembre de 2012, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas, tres de ellos en Cirugía General y Digestivo y uno en Cirugía General. En él se concluye que "el paciente fue diagnosticado, estudiado e incluido de forma correcta como candidato a colecistectomía laparoscópica (...) por antecedentes de coleditiasis y pancreatitis de origen biliar"; que firmó los documentos de consentimiento informado "específico (...) en donde se detallaban las posibles complicaciones del procedimiento, entre las que se encontraban las que presentó en el posoperatorio", y que tras "persistir la sintomatología es intervenido de urgencia, apreciándose la existencia de un coleperitoneo por desprendimiento de los clips que grapaban el conducto cístico", añadiendo que esta "es una de las complicaciones más frecuentes en la colecistectomía laparoscópica". Finalmente, afirman que, de acuerdo "con la documentación examinada, se puede concluir en que todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo a la lex artis".

12. Mediante escrito notificado al perjudicado el día 21 de diciembre de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 3 de enero de 2013 se presenta su representante en las dependencias administrativas y obtiene una copia "de los documentos de que consta al día de la fecha", según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

13. Con fecha 15 de enero de 2013, la representante del interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos de su reclamación inicial y añade que “en ningún momento en el documento del consentimiento informado se hace mención a una posible complicación derivada de un fallo de la sutura que pudiera dar lugar a una pérdida de bilis”.

14. El día 17 de enero de 2013, el Coordinador de Régimen Disciplinario y Responsabilidad Patrimonial elabora una propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que, de acuerdo con “la documentación obrante en el expediente, se puede afirmar que la actuación de los profesionales que participaron en la atención del paciente fue correcta y ajustada a la lex artis” y que la “fuga biliar” no se debió “a que no se hubiera efectuado la ligadura del conducto cístico (...), sino que pudo verse desplazado por el efecto del edema y/o la fibrosis residual de los tejidos circundantes en un paciente que había sufrido una grave pancreatitis aguda flemonosa”.

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de febrero de 2013, registrado de entrada el día 7 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del

Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de junio de 2012, y, si bien el interesado fue intervenido quirúrgicamente en dos ocasiones en el año 2010, tuvo complicaciones posteriores, recibiendo tratamiento rehabilitador durante varios meses en el año 2011 y siendo dado de alta en cirugía el día 22 de febrero de 2012, por lo que es claro que la reclamación fue presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones

Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- El reclamante interesa, a través de su representante legal, una indemnización por las lesiones y secuelas surgidas tras una intervención quirúrgica de “colecistectomía”, realizada el día 17 de septiembre de 2010, que dio lugar a una “salida espontánea de bilis” que conllevó la necesidad de una nueva operación el día 20 del mismo mes.

Analizado el expediente, constatamos que el perjudicado fue intervenido quirúrgicamente en las dos ocasiones citadas, que permaneció en la UVI desde el día 21 de septiembre al 4 de octubre de 2010 y que con posterioridad realizó, durante cinco meses -del 19 de abril al 20 de septiembre de 2011-, un tratamiento rehabilitador al presentar cansancio y dolor en piernas y brazos tras un posoperatorio complejo.

En todo caso, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de

acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En su escrito inicial, el interesado afirma que “sufrió un shock séptico derivado de la peritonitis biliar motivada por la dehiscencia de la sutura del muñón cístico”, por lo que entiende que hubo “una mala praxis en la primera intervención quirúrgica” al “no haberse colocado correctamente los clips de sutura”, lo que provocó que tuviera que ser sometido a una nueva operación, ser trasladado a la UVI y sufrir un “deterioro muscular” que, aun tras el periodo de rehabilitación, le sigue causando -según afirma- “dolor e impotencia funcional en la movilidad del brazo derecho”. Sostiene en el escrito de alegaciones que “la pérdida de los clips de sutura es una situación absolutamente anormal que responde, con toda seguridad, a una mala actuación por parte del facultativo que realizó dicha sutura”, puntualizando, además, que “uno de los clips, el del muñón cístico, no aparece”, sin que la Administración pueda exonerarse de responsabilidad por el hecho de indicar los profesionales que “el fallo de la sutura del muñón (...) ‘podría’ deberse al deteriorado estado en que se encontraban los tejidos del paciente sobre los que se practicó” aquella, y considera que dicho argumento es “puramente voluntarista, sin base probatoria alguna”. Añade que es el propio responsable

del Servicio de Cirugía del Hospital "X" "el que señala que no existían clips de ligadura en el muñón por el que salía la bilis", de manera que "esos clips, de haber sido colocados, lo habrían sido ya defectuosamente", pues "las complicaciones (...) se producen de forma prácticamente inmediata (...), lo que demuestra la ausencia de sutura del muñón o, al menos, el fallo de la misma". Finalmente, asegura que en el consentimiento informado no se "hace mención a una posible complicación derivada de un fallo de la sutura que pudiera dar lugar a una pérdida de bilis", sino que se trata la cuestión como si "se estuviese ante una fístula biliar", pero en este caso es "una fuga de bilis" y, según el estudio realizado por doctores de un hospital de Madrid, "hay que diferenciar la fuga de la fístula biliar, pues la primera identifica exclusivamente a la salida de bilis desde la vía biliar a la cavidad abdominal mientras que la fístula biliar se refiere a la comunicación entre la vía biliar y otra superficie cubierta de epitelio". Acompaña a su reclamación, como medio de prueba, un informe pericial en el que se señala que, puesto "que en la exploración (...) realizada el día 20-09-2010 (...) se ha informado de que no se encontraron indicios de perforación o traumatismo a otros niveles, se confirma el hecho de que la salida de bilis se estaba produciendo en un muñón en el que no existían clips de ligadura, es decir, que no había sido ligado", por lo que estamos ante "una actuación quirúrgica (...) no ajustada a la lex artis".

Por lo que se refiere a la existencia o no de sutura en el muñón efectuada en la primera intervención, resulta acreditado en el expediente que dicha ligadura se practicó, pues consta en el informe emitido por la cirujana correspondiente que se realizó una "ligadura y sección (arteria) cística y (conducto) cístico. 2 clips proximales, uno distal", lo que confirma en su informe el Jefe del Servicio de Cirugía del centro hospitalario, en el que se detalla que aquella en su informe "especifica claramente la colocación de tres clips quirúrgicos en el conducto cístico antes de seccionarlo". A pesar de que en el informe de traslado de un centro hospitalario a otro -emitido por el ayudante del cirujano que llevó a cabo la segunda intervención- consta efectivamente

que en “el muñón cístico (...) no se localizan los clips de ligadura”, en el parte de la segunda intervención quirúrgica -elaborado por el cirujano que la realizó- se detalla la “exploración del lecho vesicular, identificando un clip que se corresponde con la arteria cística (se cambia por ligadura de Safil 3-0) y otro clip próximo a (la) zona de fuga biliar, que se retira y se disecciona el conducto (colangiografía IO, ver imágenes), ligándolo con Safil 3-0 (extremos largos)”. Al respecto, en el informe técnico de evaluación se indica que la “colangiografía intraoperatoria confirmó estos hallazgos” y en el emitido por los especialistas se hace constar, al detallar los hallazgos del tratamiento quirúrgico, “salida de bilis por el conducto cístico del muñón cístico con un clip próximo a la zona de fuga biliar (...). Se retira el clip del cístico y se disecciona el conducto”. En definitiva, todos los informes citados confirman que la primera intervención se ajustó a la *lex artis*; en concreto, el Jefe del Servicio de Cirugía sostiene que fue “una operación desarrollada con normalidad” y que “no ha lugar” a considerar que la misma “discurriera fuera de los cauces de la *lex artis*”, lo que corroboran el informe técnico de evaluación, al señalar que “cursó sin complicaciones intraoperatorias”, y el realizado por varios especialistas en Cirugía a instancia de la compañía aseguradora, al precisar que durante la “realización de la cirugía no se describen incidencias en la hoja de protocolo quirúrgico”.

Es cierto que posteriormente surgió una complicación que el Jefe del Servicio de Cirugía reconoce, al indicar en su informe que “desgraciadamente los clips se desplazaron y se produjo un escape biliar a la cavidad abdominal”; no obstante, tras dejar constancia de que el paciente “había sufrido una pancreatitis aguda grave previa”, razona que ello “supone que los tejidos circundantes pueden tener cierto edema y/o fibrosis residual que pueden contribuir al desplazamiento no deseado de los clips quirúrgicos”, añadiendo que la “complicación sobrevenida no puede ser imputada a una mala praxis y se acepta como una posibilidad en el documento (de) ‘consentimiento informado’”. Al respecto, el informe técnico de evaluación afirma que la fuga biliar producida por la “migración de un clip”, o por otras causas diferentes, “es

una eventualidad no frecuente pero que sucede en un porcentaje significativo de operaciones”, y que en “actuaciones plenamente conformes con la *lex artis* llega a alcanzar el 20%”. Se concluye en él que el daño sufrido “se debe a la materialización de uno de los riesgos típicos del procedimiento quirúrgico por circunstancias del propio paciente, imposibles de prever y evitar”, lo que corroboran los especialistas en su informe al señalar que la “existencia de un coleperitoneo por desprendimiento de los clips que grapaban el conducto cístico” es una de “las complicaciones mas frecuentes en la colecistectomía laparoscópica”, y que se trataría, por tanto, de “un riesgo típico del procedimiento”.

Por otro lado, el interesado cita, en su escrito de alegaciones, el estudio elaborado por doctores de un hospital de Madrid en el que se diferencia la fuga de la fístula biliar como argumento para reprochar a la Administración que el presente supuesto no está contemplado en el consentimiento informado. Lo cierto es que en dicho artículo se incluyen en un único apartado “las fugas y (las) fístulas biliares”, y a lo largo del estudio se identifican ambos problemas clínicos -aunque en cavidades distintas- con expresiones similares; así, al referirse a la fuga se señala “salida de bilis” y al explicarse la fístula se indica “salida persistente de bilis”, por lo que entendemos que dicha disquisición terminológica o conceptual no altera el contenido del consentimiento informado.

A la vista de ello, considera este Consejo que no cabe deducir que en la asistencia sanitaria prestada al interesado se haya producido violación alguna de la *lex artis*, y que la aparición de una salida de bilis subsiguiente a una intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica no guarda relación con una mala práctica médica, sino que se trata de un “riesgo típico”. En definitiva, el daño producido no resulta antijurídico, por lo que no existe responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en relación con los daños alegados.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.