

Expediente Núm. 258/2014  
Dictamen Núm. 272/2014

**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 27 de noviembre de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 25 de septiembre de 2014 -registrada de entrada el día 1 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 30 de enero de 2014, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la asistencia prestada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Señala que “sufre desde octubre de 2012 dolor abdominal” y que por este motivo “acude al Servicio de Urgencias del Hospital “X” el día 4 de octubre de 2012 (...), apreciándose a la palpación dolor importante en

hipocondrio derecho". En aquella ocasión, tras realizársele un "estudio radiográfico simple abdominal, que se informa ausente de hallazgos significativos", se le diagnostica "dolor abdominal a observación".

Manifiesta que el día 28 del mismo mes "sigue siendo doloroso el hipocondrio derecho" y acude nuevamente al Servicio de Urgencias, "llevándose a cabo nueva radiografía que solo muestra aerocolia, etiquetándose de dolor abdominal inespecífico". El 7 de enero de 2013 vuelve al mismo Servicio por "dolor en hipocondrio derecho con náuseas y vómitos" y recibe el diagnóstico de "gestación incipiente vs aborto y de dolor abdominal inespecífico", realizando el 21 del mismo una ecografía abdominal en un centro privado que es informada "como imágenes compatibles con colecistitis litiásica con cálculos a nivel de cístico".

Refiere que "ocho días más tarde" se le hace una ecografía en "la sanidad pública" que se informa como "colecistitis con engrosamiento de la pared vesicular", y que "se le propone cirugía urgente pero se desestima y pasa a cirugía programada, que se lleva a cabo el día 1 de julio de 2013 para colecistectomía laparoscópica". Precisa que en el curso de la intervención se produce una "lesión iatrogénica consistente en sección completa de la vía biliar principal", y que se la traslada al Hospital "Y". El 4 de julio de 2014 "se emite informe de alta en UVI con diagnóstico de colecistectomía complicada con sección iatrogénica de la vía biliar y diagnóstico secundario de hepaticoyeyunostomía", añadiendo que el 19 del mismo mes libra informe el Servicio de Cirugía del referido hospital en el que se consigna que "se lleva a cabo la hepaticoyeyunostomía con infección de la herida quirúrgica solucionada con curas locales como única complicación".

Fundamenta su reclamación en "dos motivos". Por un lado, entiende que existió mala praxis en forma de "retraso a la hora de diagnosticar a la paciente que obviamente empeora su situación" y una "incorrecta" práctica de la cirugía. Sostiene que la sección de la vía biliar producida durante la intervención "no tiene por qué causarse", tal y como se indica en el informe que adjunta a su reclamación, y que "las fotografías que se acompañan" al informe pericial "son claramente reveladoras de la deficiente técnica con la

que fue practicada la intervención”, como -según afirma- ha reconocido el Hospital “Y” “cuando menos de forma indirecta”. Considera que el daño padecido “no obedece (...) a la propia enfermedad u otras dolencias del paciente”, y que “el problema debería haberse detectado cuando (...) acude al hospital por el Servicio de Urgencias y es diagnosticada de ‘dolor abdominal inespecífico’ hasta en tres ocasiones. El resultado dañoso tiene como explicación la deficiente prestación de asistencia sanitaria desde un primer momento hasta la intervención quirúrgica practicada por el ‘Z’”.

Por otro, subraya la “ausencia de consentimiento informado”, pues entiende que “no fue informada debidamente de la lesión que podía acarrearle la intervención quirúrgica en el Hospital ‘Z’, con el evidente perjuicio estético que se manifiesta en las fotografías unidas al informe” pericial privado.

Por los conceptos de “lesión biliar (...), perjuicio estético moderado (...), días de hospitalización (...), días improductivos” -aunque, respecto a estos, estima que son “de difícil cálculo, por cuanto la lesionada no tiene baja laboral”- y “daño moral”, solicita una indemnización cuyo importe asciende a cuarenta mil euros (40.000 €), calculados “con carácter orientativo y siguiendo el baremo previsto para accidentes de tráfico”.

Adjunta a su escrito diferentes informes y pruebas correspondientes al proceso asistencial, tanto en el ámbito de la medicina privada como en el del servicio público sanitario, junto con el informe pericial privado emitido por un Licenciado en Medicina y Cirugía, en el que se afirma que “la lesión de la vía biliar en la cirugía laparoscópica de la colecistitis y colelitiasis no es necesaria ni deseable y, pese a estar descrita, determina la necesidad de una laparotomía (cirugía abierta) y una anastomosis entre el conducto hepático y el yeyuno”. Al informe se incorporan cuatro fotografías en las que se aprecian cicatrices de cirugía abdominal.

**2.** Mediante escrito de 5 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial comunica a la interesada 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.** Con fecha 10 de febrero de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Fundación Hospital "Z" y a las Gerencias de las Áreas Sanitarias IV y V una copia de la historia clínica de la perjudicada y un informe de los servicios que le prestaron asistencia en relación con el proceso por el que reclama.

Mediante oficio de 5 de marzo de 2014, el Gerente del Hospital "Z" le remite una copia de la historia clínica de la paciente y un informe elaborado por el Servicio de Cirugía General el 24 de febrero de 2014.

En la historia clínica obran los siguientes documentos: a) Hojas de notas de progreso, en las que consta, el 30 de junio de 2013, a las 19:07, que se trata de una "paciente que ingresa programada para intervención (...). Se le da nuevo consentimiento de Cirugía porque se le olvidó en casa". b) Consentimiento informado para colecistectomía, suscrito por la paciente y el facultativo que la informa el 30 de junio de 2013, en el que se refleja que "el cirujano me ha explicado que se me va a extirpar la vesícula biliar. Esto puede realizarse a través de una incisión en el abdomen o por vía laparoscópica (...). Puede ocurrir que por dificultades en la técnica o por hallazgos durante la intervención sea necesario reconvertir la vía laparoscópica a cirugía abierta (...). Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que pueden ser: / Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, flebitis, trastornos temporales de las digestiones. Dolor prolongado en la zona de la operación. / Riesgos poco frecuentes y graves: Apertura de la herida quirúrgica. Estrechez de la vía biliar. Fístula biliar con salida de bilis que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento conservador, pero que a veces es necesario la realización de otras pruebas (CREP, drenaje, etc.). Sangrado o infección intraabdominal. Fístula

intestinal. Colangitis, ictericia. Pancreatitis, coledocolitiasis./ Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir reintervención, generalmente de urgencia”.

En el informe del Servicio de Cirugía General se señala que el primer contacto con la paciente se produce “el 19 de febrero de 2013 en consultas externas, a donde es derivada desde su médico de Atención Primaria. Con el diagnóstico de colelitiasis se le plantea con fecha 4 de marzo la cirugía, se le entrega el documento de consentimiento informado existente en el hospital para dicho proceso, en el que se nombra la posibilidad de lesiones en la vía biliar y se incluye en lista de espera quirúrgica. Con fecha 30 de junio ingresa para intervención y, dado que no aporta firmado el documento de consentimiento informado, el cirujano de guardia le vuelve a dar otro. Es intervenida con los consentimientos en orden el 1 de julio”. Precisa que “durante la cirugía se produce una lesión de la vía biliar principal (...) que está descrita como riesgo de la colecistectomía laparoscópica, ocurriendo en un 0,4% de las mismas. Así mismo, la evidencia científica destaca como factores que mejoran el pronóstico de dichas lesiones la identificación intraoperatoria y el traslado al centro de referencia con cirugía hepatobiliar”.

El día 12 de marzo de 2014, la Gerente del Área Sanitaria V traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica sobre el proceso al que se refiere la reclamación y los informes emitidos por los Servicios de Ginecología, de Cirugía General y de Urgencias del Hospital “X”.

En el informe del Jefe del Servicio de Toco-Ginecología, de 25 de febrero de 2014, se indica que la “paciente (...) acude a Urgencias por cuadro de dolor en hipocondrio que se irradia a espalda con náuseas y vómitos con fecha 7-1-13./ Se realiza test de embarazo que resulta (positivo) y es explorada por un ginecólogo que confirma gestación mediante ecografía, apreciando gestación intrauterina./ La paciente decide interrumpir voluntariamente la gestación, por lo que acude a clínica privada, donde le realizan aborto químico (...) el 21-1-14 (...). Desde el punto de vista

ginecológico este Servicio cree que no tiene ni ha tenido ninguna relación con los procesos que le afectaron a esta enferma”.

El Jefe del Servicio de Cirugía General consigna, con fecha 25 de febrero de 2014, que su Servicio “solo tiene relación con este caso a partir del día 29 de enero de 2013”; fecha en que la paciente “es ingresada (...) con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica, proponiéndose intervención quirúrgica urgente que rechaza”, optando al día siguiente por el “alta voluntaria”.

En el informe de la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital “X”, de 6 de marzo de 2014, tras describir los pormenores de la asistencia prestada a la interesada en las cinco ocasiones en las que acudió al referido Servicio, se concluye que “fue valorada en varias ocasiones en Urgencias y tratado su cuadro agudo (dolor), no presentaba criterios para realizar pruebas hospitalarias y de urgencia que, por su situación clínica, podía hacer a nivel ambulatorio. A lo largo de todo el proceso entre un episodio y otro hay días e incluso meses; en todas las ocasiones, al alta, se recomendó seguimiento por su médico y en los casos agudos, como siempre hizo, acudir a Urgencias./ En el último episodio cambia la (historia) clínica y la exploración, por lo que fue necesario realizar otras pruebas para diagnóstico de urgencia”.

El día 18 de marzo de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el informe librado el 13 de marzo de 2014 por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital “Y”. En él se anota que “la paciente fue recibida en nuestro hospital el día 1 de julio de 2013, trasladada (...) en el posoperatorio inmediato de una intervención de colecistectomía electiva que se había realizado aquel mismo día. En el informe que acompaña se relata que durante la disección del pedículo cístico se había producido una sección completa de la vía biliar principal, procediéndose a la reconversión a cirugía abierta, confirmándose la lesión y optando por trasladar (a) la paciente a nuestro centro para una reparación en una unidad especializada (...). Evaluado el caso en sesión clínica de la Unidad de Cirugía HPB se decide cirugía electiva el día 03-07-2013”. Una vez intervenida, “el

posoperatorio (...) cursa sin incidentes”, destacando únicamente que “el 5º día posoperatorio se drena una pequeña colección purulenta de la herida quirúrgica que se trata con las medidas habituales”. El 18 de julio de 2013 “fue alta a su domicilio” y “vista en consulta externa” el 29 de agosto de 2013, siendo “la exploración abdominal sin hallazgos, salvo cicatriz quirúrgica hipertrófica”. Acudió nuevamente a revisión el 5 de diciembre de 2013 “manteniendo su estado clínico”, siendo dada de “alta por nuestra parte”.

**4.** El día 16 de mayo de 2014, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “en el documento de consentimiento informado consta la posibilidad de infección o sangrado de la herida quirúrgica y las lesiones de la vía biliar (estrechez, fístula), haciendo ver asimismo la posibilidad de tener que resolver las complicaciones con cirugía. Por otra parte, tal como hace saber el Servicio de Cirugía” de la Fundación Hospital “Z”, “la lesión de la vía biliar principal está descrita como riesgo de la colecistectomía laparoscópica, ocurriendo en un 0,4% de las mismas. Así mismo, la evidencia científica destaca como factores que mejoran el pronóstico de dichas lesiones la identificación intraoperatoria y el traslado al centro de referencia con cirugía hepatobiliar”.

Concluye que “no ha quedado acreditado el incumplimiento de la *lex artis*, ni la falta de información respecto al procedimiento quirúrgico al que fue sometida”, por lo que “procede desestimar la reclamación”.

**5.** Mediante escritos de 21 de mayo de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios 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.

**6.** Con fecha 30 de junio de 2014, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Cirugía del Aparato Digestivo. En él define la colelitiasis como una patología originada por la “presencia de cálculos o

“pedras en la vesícula biliar”, y refiere que la sintomatología de esta dolencia “es muy variada. La mayor parte de las veces son asintomáticas y el paciente vive con ellos sin mayores problemas. En otros presentan una sintomatología típica de dolor en la parte derecha del abdomen (en el punto de Murphy) irradiada a espalda y región interescapular, con dispepsia (...) e intolerancia a las grasas”.

Tras señalar que “las posibilidades evolutivas de la colelitiasis son muy variadas”, manifiesta que la patología que finalmente se le diagnosticó a la interesada -“colecistitis aguda”- es una “infección de la bilis contenida en la vesícula biliar con afectación de la pared vesicular”. Sostiene que, “aunque hay un tipo especial de colecistitis alitiásica, la inmensa mayoría de ellas se producen porque un cálculo de la vesícula se impacta en el cístico e impide el vaciamiento normal de la misma. Inicialmente el proceso es aséptico, pero en estas circunstancias los gérmenes encuentran en la bilis un buen caldo de cultivo y proliferan (...). Al proceso infeccioso se acumulan fenómenos isquémicos (...). Los síntomas principales de la colecistitis aguda son:/ Dolor abdominal localizado en cuadrante superior derecho del abdomen, y más concretamente en el punto de Murphy, justo en el borde las costillas./ Fiebre y malestar general con náuseas y vómitos./ Leucocitosis y desviación izquierda con expresión analítica de la infección intraabdominal./ Subictericia por colangitis o por compresión de la vía biliar”.

Reseña que el “diagnóstico de confirmación” de la patología se hace mediante ecografía abdominal, y que “en general la colecistitis aguda se considera una urgencia diferible. No es una emergencia. El tratamiento antibiótico logra controlar más del 85% de los casos de colecistitis aguda (...). Un factor decisorio de primer orden es los días de evolución del proceso infeccioso. Se considera que si estamos dentro de las 48 horas primeras de evolución de la infección vesicular lo correcto es realizar una colecistectomía sin gran urgencia, porque encontraremos los fenómenos inflamatorios en sus fases iniciales, cuando todavía la disección del pedículo hepático y del lecho vesicular es relativamente fácil”.

Respecto al diagnóstico de la colecistitis aguda, explica que “en la práctica médica se da absoluta preeminencia a los hallazgos clínicos y de la exploración abdominal sobre las pruebas analíticas o de imagen. De manera que basta una somera historia clínica y una exploración abdominal concienzuda para exponer la mayor o menor gravedad del cuadro. Se toma la temperatura para conocer si el paciente tiene fiebre, y (...) las constantes (pulso y tensión arterial) para descartar shock séptico (...). Hay un absoluto consenso en que un cuadro de cólico biliar no complicado puede ser tratado de manera ambulatoria (dieta sin grasas, analgésicos y espasmolíticos) y, en tanto en cuanto no haya fiebre, no se considera necesario añadir tratamiento antibiótico”.

Destaca que la primera vez que la paciente acude a Urgencias lo hace por dolor abdominal, y pone de relieve que allí se le realiza una “exploración abdominal, analítica básica: hemograma, leucocitos (12.400) y fórmula. Se toman constantes y está afebril. Se realizó una Rx de abdomen que fue normal. La temperatura era de 36 °C, la TA de 107/88 y el pulso a 54 l.p.m. Por todo ello se diagnostica de dolor abdominal inespecífico y, en razón a su buena situación clínica, y tras un periodo de observación, es dada de alta para control por su médico de Atención Primaria ¿Se debía haber realizado en ese momento una ecografía? Los protocolos de dolor abdominal comprenden exactamente las pruebas que se realizaron a esta paciente, si bien progresivamente se ha ido incluyendo la ecografía como una prueba habitual en el estudio de dolor abdominal. Pero cualquier exploración complementaria debe indicarse en base a una situación clínica. El dolor en hipocondrio derecho y el Murphy dudosamente positivo dirigen el diagnóstico de sospecha a un problema vesicular, pero la ausencia de fiebre, leucocitosis y fórmula normal inclinaban el diagnóstico a pensar en un cólico biliar no complicado. La ecografía solo habría confirmado ese diagnóstico. El cólico biliar, aun el cólico mantenido, no se considera una urgencia, y puede ser tratado de manera ambulatoria. La base del tratamiento es dejar la vesícula en reposo con una dieta sin grasas, pautar analgesia por vía oral y esperar la evolución./ A ‘posteriori’ siempre es fácil justificar o condenar una actuación médica, pero

los hechos debemos juzgarlos con los datos (de) que se dispone en cada momento, y la realidad es que la buena situación de la paciente, afebril, la analítica tranquilizadora no parecían necesitar de ninguna otra prueba para hacer el diagnóstico de dolor abdominal por posible cólico biliar no complicado. La ecografía no habría cambiado la actitud terapéutica./ En la segunda visita a Urgencias el 26-X-2012 acude por dolor en fosa renal. La paciente se escapa de Urgencias, por lo que no vamos a tomar en consideración esta visita./ En la tercera visita a Urgencias el 28-X-2012 la paciente vuelve por dolor abdominal centrado en hipocondrio derecho. Es sometida de nuevo a protocolo de estudio de dolor abdominal. En la exploración destaca que no hay signos de irritación peritoneal y que el Murphy es negativo. En la analítica 14.700 leucos sin desviación (...). Afebril y con buenas constantes (...). En la cuarta visita a Urgencias el 7-I-2013 acude de nuevo por dolor en hipocondrio derecho de dos días de evolución (suponemos, por tanto, que en el intervalo de tiempo transcurrido desde la anterior visita a Urgencias había estado asintomática). Náuseas. Ausencia de menstruación./ Exploración abdomen blando y depresible con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Peristalsis positiva. TA 113/98. Frecuencia cardíaca 73. Temperatura 36,3 °C. Test de embarazo positivo. Leucocitos 11.240 sin desviación. Es valorada por los ginecólogos (...). Atención en clínica privada el 21 de enero. El motivo es realizar una (...) interrupción voluntaria del embarazo (...). Como estudio complementario se realiza una ecografía abdominal, pero que hay que destacar la realiza una ginecóloga (...). Encuentra una vesícula de paredes engrosadas y múltiples cálculos en su interior, uno de ellos enclavado en el cístico. Por tanto, estamos ante una disociación clínico-ecográfica, pues el único dato que tenía la ecografista para diagnosticar una colecistitis es el engrosamiento de la pared vesicular. Si la paciente (lo) hubiera tenido desde el comienzo de su dolor abdominal (habían pasado ya 4 meses desde los primeros síntomas) lo lógico es que hubiera desarrollado una pericolecistitis, un plastrón inflamatorio como mecanismo de defensa de la cavidad abdominal ante un proceso infeccioso. Si correlacionamos estos hallazgos ecográficos con los datos analíticos y la situación mantenida de falta de fiebre, el diagnóstico

es de cálculo enclavado crónicamente, pues no hay signos de infección ni ecográficos ni clínicos ni analíticos”.

Refiere que cuando se realiza la ecografía en el Hospital “X” el día 29 de enero de 2013 la situación ecográfica “es muy similar a la descrita por la ginecóloga una semana antes, pero ahora la paciente está febril y con leucocitosis. La situación es completamente distinta, y ahora sí que se puede hablar de colecistitis aguda, antes no”. Ese día “se le propone una colecistectomía urgente (...), rechaza la intervención y pide el alta voluntaria al día siguiente”. Vista en consultas externas de Cirugía General del Hospital “Z”, se le realiza una nueva ecografía de cuyo informe puede colegirse que “la colecistitis aguda se autolimitó y la infección se controló con el tratamiento. Está dentro de ese 85% de colecistitis agudas que evolucionan favorablemente con tratamiento médico y en las que se puede posponer la cirugía para operarlas de forma programada./ La paciente es vista de nuevo el 4 de marzo para darle el ingreso y ponerla en lista de espera quirúrgica”.

Respecto al consentimiento informado, aclara que “hasta en cuatro ocasiones hay notas en la historia clínica sobre que se le da información a la paciente y (...) el consentimiento informado. Este documento está elaborado por la Asociación Española de Cirujanos. En la documentación aportada hay uno de ellos donde se especifica con claridad que puede haber ‘estrechez’ o ‘salida de bilis’, que son los dos problemas que se han presentado en esta paciente. También expone que puede ser necesaria una segunda intervención para solucionar estos problemas (...). Si bien la demanda comenta que la paciente no fue informada sobre la posibilidad de lesión de la vía biliar, sí figura en el documento la mencionada información”.

En cuanto a la lesión de la vía biliar, manifiesta que “se considera un riesgo inherente a la cirugía de la vesícula biliar que va más allá de la habilidad, pericia y experiencia del cirujano”, precisando que “no es previsible ni evitable, en cuanto se considera consecuencia de la situación patológica de cada paciente”. Añade que “como cirujano no puedo pasar sin intentar hacer una hipótesis sobre las causas que llevaron a la lesión de la vía biliar. Creo que estamos ante lo que se denomina ‘conducto cístico oculto’ (...). Los cálculos

enclavados en el cístico, sobre todo si son grandes (en este caso se describe en la ecografía que era de 14 mm) van siendo 'paridos' a través del mismo camino de la vía biliar", de modo que "realmente no hay conducto cístico, pues este ha desaparecido por la presión que ejerce el cálculo enclavado". Considera que "aunque el cirujano esté alertado de esta posibilidad intentará localizar un segmento de cístico, pues su clampado es un paso importante de la técnica de la colecistectomía. En su búsqueda traccionará la vesícula hacia arriba, intentando estirarlo y exponerlo, pero lo que ocurre es que tracciona la vía biliar y la identifica erróneamente como conducto cístico. Lo clampa y lo secciona, pero al continuar la disección de la vesícula se encuentra con otro conducto biliar, el hepático, y es entonces cuando se da cuenta del error en la identificación de las estructuras".

Finalmente, señala que "la decisión de no reparar en ese momento la vía biliar seccionada debe interpretarse como un gesto de prudencia, al reconocerse no expertos en esa técnica. Es mucho mejor trasladar al paciente a una unidad de cirugía hepatobiliar acreditada, pues la cirugía es tanto más exitosa a largo plazo si queda bien la primera sutura, y en cambio si queda estenosada es el inicio de un largo calvario que puede acabar en trasplante hepático pasando por una cirrosis biliar".

**7.** También a instancias de la entidad aseguradora, el 11 de julio de 2014 emite informe un gabinete jurídico. En él se señala que la actuación sanitaria "ha sido conforme a la *lex artis*", y que la paciente "fue informada de la intervención quirúrgica a la que iba a ser sometida (...), suscribiendo el correspondiente consentimiento informado, en donde se detallan los riesgos inherentes a la técnica, entre los que se encuentra la (...) lesión de la vía biliar", concluyendo que la reclamación debe ser desestimada.

**8.** Mediante escrito notificado a la perjudicada el 29 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Tras obtener una copia completa del expediente, una persona que actúa en su nombre y representación -según acredita mediante poder notarial para pleitos- presenta en una oficina de correos, el día 4 de agosto de 2014, un escrito de alegaciones en el que solicita que se estime la reclamación presentada.

**9.** Con fecha 4 de septiembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al entender que “la asistencia prestada” a la reclamante “se ajustó a la *lex artis ad hoc*, tanto la asistencia médica que le fue dispensada como en la información facilitada sobre el procedimiento quirúrgico realizado”.

**10.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de septiembre de 2014, 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 la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

En cuanto a la legitimación pasiva, resulta del expediente que la asistencia por la que se reclama ha sido prestada tanto en dos centros sanitarios públicos como en un hospital privado con el que se ha suscrito el oportuno concierto para la atención de determinados usuarios del Sistema Nacional de Salud. Aun cuando no se ha documentado, cabe deducir que la atención prestada a la perjudicada en el centro hospitalario privado lo ha sido en tanto que beneficiaria del sistema sanitario público, y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el concierto aludido. Por ello hemos de concluir, de acuerdo con la doctrina expresada por este Consejo en dictámenes anteriores (entre otros, Dictamen Núm. 30/2011), que el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de los daños, si fuera este el privado concertado, por el procedimiento que legalmente corresponda.

**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 30 de enero de 2014, habiendo recibido la perjudicada el alta en el Servicio de Cirugía General del Hospital “Y” el día 5 de diciembre de 2013, por lo que es claro que fue formulada 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.

Ahora bien, 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.-** La reclamante interesa una indemnización por los daños que considera derivados de una mala praxis asistencial, en forma de retraso diagnóstico e incorrecta práctica de una intervención quirúrgica que se le realiza, según afirma, sin el debido consentimiento informado.

Los daños que se alegan son los de "lesión biliar (...), perjuicio estético moderado (...), días de hospitalización (...), días improductivos (...) y el daño moral". La documentación incorporada al expediente evidencia que la interesada sufrió una sección iatrogénica de la vía biliar en el curso de una intervención de colecistectomía laparoscópica, lo que requirió la reconversión de la técnica operatoria a cirugía abierta y la práctica de una nueva intervención dos días después de la primera para la reparación de la lesión en una unidad especializada. Según consta en el informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y" el 18 de marzo de 2014, la perjudicada presenta a resultas de la intervención una "cicatriz quirúrgica hipertrófica". Por ello, debemos considerar acreditada la realidad de un daño cuya más concreta definición y valoración abordaremos en el caso de que concurren el resto de requisitos necesarios para la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Ahora bien, la constatación de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado no implica por sí misma la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que es preciso examinar si se dan las circunstancias que permitan reconocer a la perjudicada el derecho a ser indemnizada por concurrir los demás requisitos legalmente exigidos, pues ha de probarse que aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público y que son antijurídicos.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña per se una vulneración de la *lex artis*.

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.

La reclamante reprocha al servicio público sanitario, en primer lugar, un “retraso a la hora de diagnosticar” su dolencia, afirmando que “el problema debería haberse detectado cuando (...) acude al hospital por el Servicio de Urgencias y es diagnosticada de ‘dolor abdominal inespecífico’ hasta en tres ocasiones”. Tal aseveración, sin embargo, se encuentra desprovista de la más elemental carga probatoria en orden al establecimiento del imprescindible nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario, que, como antes hemos indicado, vendría determinado por la falta de adopción en cada momento de los medios necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los signos clínicos manifestados por la paciente.

La señalada ausencia de prueba resultaría de por sí suficiente para excluir el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración por retraso diagnóstico. Pero, además, constatamos que tanto el informe elaborado por el servicio afectado (Unidad de Urgencias del Hospital “X”) como el pericial emitido a instancias de la entidad aseguradora, únicos sobre los que este Consejo Consultivo puede formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada, resultan coincidentes en orden a considerar acreditado que el trato asistencial prestado a la paciente ha sido en todo momento correcto, ajustado a los protocolos y acorde con la *lex artis*. En efecto, en todas las ocasiones en las que la reclamante acudió al Servicio de Urgencias -salvo en la segunda, en que abandona *motu proprio* el centro hospitalario antes de completar el proceso asistencial- se realizaron las pruebas que demandaba su situación clínica, siguiendo los protocolos de diagnóstico del dolor abdominal. Tal batería de pruebas comprende, según se explica en el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora, exploración abdominal, analítica básica y fórmula, además de la toma de constantes y temperatura, pues “en la práctica médica se da absoluta preeminencia a los hallazgos clínicos y de la exploración abdominal sobre las pruebas analíticas o de imagen”. Refiere el especialista en Cirugía del Aparato Digestivo que cualquier exploración complementaria, como la ecografía abdominal, “debe indicarse en base a una situación clínica”, por lo que se

emplea como medio de “diagnóstico de confirmación”, y que en el caso al que la reclamación se refiere la situación de la paciente -“afebril” y con una “analítica tranquilizadora”- no parecía “necesitar de ninguna otra prueba para hacer el diagnóstico de dolor abdominal”. Llega a afirmar el citado especialista que incluso si se hubiera efectuado una ecografía en alguna de las cuatro primeras ocasiones en las que la paciente acudió al Servicio de Urgencias “no habría cambiado la actitud terapéutica”, pues esta es expectante “en tanto (...) no haya fiebre” o existan signos de infección. No puede obviarse que el cólico biliar, como coinciden en señalar el informe del servicio responsable y el emitido a instancias de la compañía aseguradora, no se considera una urgencia y puede ser tratado a nivel ambulatorio. Por esta razón, como destaca el primero de ellos, “en todas las ocasiones, al alta, se recomendó seguimiento por su médico y en los casos agudos, como siempre hizo, acudir a Urgencias”. El día 29 de enero de 2013 la situación clínica de la paciente ha variado, pues se encuentra febril y con leucocitosis, siendo diagnosticada entonces de colecistitis aguda, y se le propone la práctica de una colecistectomía de urgencia, que rechaza. Sostiene el especialista en Cirugía del Aparato Digestivo que si la infección hubiera estado presente cuatro meses antes cuando se inicia el dolor abdominal “lo lógico” es que la paciente hubiera desarrollado en ese tiempo “un plastrón inflamatorio como mecanismo de defensa de la cavidad abdominal ante un proceso infeccioso”, que no se aprecia en las ecografías realizadas en el mes de enero de 2013. La correlación de los “hallazgos ecográficos con los datos analíticos y la situación mantenida de falta de fiebre” lleva a colegir al autor del aquel informe que el dolor que aquejaba a la paciente hasta el momento en que se manifiestan los signos de infección se debía a la presencia de un “cálculo enclavado crónicamente”. En consecuencia, la actuación del servicio público ha de considerarse acorde con los parámetros de la *lex artis ad hoc*, que imponen una actitud expectante ante un cólico litiasico vesicular, sin que quepa apreciar, en ausencia de signos clínicos de colecistitis que no debutarían hasta el mes de enero de 2013, el retraso diagnóstico objeto del reproche de la perjudicada.

Por otra parte, la reclamante afirma que la cirugía se llevó a cabo mediante el empleo de una práctica “incorrecta”, y en prueba de tal aseveración aporta un informe pericial en el que su autor se limita a señalar que la lesión de la vía biliar en la cirugía laparoscópica de la colecistitis y colelitiasis “no es necesaria ni deseable”. Tal consideración, con la que no puede estarse sino de acuerdo, no viene, sin embargo, a cuestionar la praxis quirúrgica empleada, que el resto de los informes obrantes en el expediente califican como correcta. El parámetro de enjuiciamiento de la actuación médica no puede ser el resultado dañoso producido, pues la sección de la vía biliar -que es un riesgo indeseable aunque típico de la intervención- puede producirse, aun actuando el cirujano con la diligencia exigible, debido a las alteraciones anatómicas que ocasiona la propia enfermedad, según explica el especialista en Cirugía del Aparato Digestivo.

Los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento coinciden en calificar, asimismo, como correctas las decisiones adoptadas una vez evidenciada la lesión, esto es, la reconversión de la técnica quirúrgica a laparotomía -que conlleva lógicamente una cicatriz más grande- y la remisión de la paciente a una unidad especializada para la reparación de la lesión, por lo que tampoco puede establecerse un juicio desfavorable, desde este punto de vista, respecto de la praxis empleada.

Finalmente, no puede afirmarse que la paciente desconociese los riesgos de la cirugía. El documento de consentimiento informado suscrito por ella un día antes de la intervención contempla que en algunos casos puede resultar necesario reconvertir la vía laparoscópica a laparotomía en el curso de la cirugía, menciona la lesión biliar como uno de los riesgos graves de la operación y establece que de producirse una complicación de esta naturaleza puede ser precisa una nueva operación quirúrgica, generalmente de urgencia. Por tanto, asumido el riesgo por parte de la paciente, el resultado dañoso producido carece de la nota de antijuridicidad imprescindible para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En suma, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, este Consejo Consultivo

entiende que no han quedado demostrados ni el retraso diagnóstico ni la mala práctica médica del servicio público, toda vez que la asistencia prestada a la reclamante fue adecuada a la situación que en cada momento manifestaba, lo que nos impide apreciar la concurrencia de nexo causal entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario. Ocasionado el daño en buena praxis, y asumido el riesgo de su materialización por la propia reclamante al suscribir la hoja de consentimiento informado que figura en su historia clínica, los perjuicios padecidos no son antijurídicos, por lo que no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende. Todo ello nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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.