

Dictamen Núm. 248/2023

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 16 de noviembre de 2023, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 7 de septiembre de 2023 -registrada de entrada el día 14 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de una lesión de la vía biliar durante la realización de una colecistectomía laparoscópica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de enero de 2023, el interesado presenta a través del Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de una lesión de la vía biliar durante la realización de una colecistectomía laparoscópica.

Expone que “el día 5 de enero de 2022” le intervienen en el Hospital “X” practicándole “una colecistectomía laparoscópica (...). Dos días después (...) se objetiva leve-moderada elevación de las enzimas de colestasis./ El 8 de enero de

2021 (le) realizaron un Tc abdominopélvico con contraste con carácter urgente pues, tras la inyección de CIV (...), comenzó a salir débito bilioso por el drenaje y estudian descartar bilioma. El Tc arroja los siguientes hallazgos:/ `Bases pulmonares normales./ Mínima visualización de radicales biliares intrahepáticos izquierdos./ Colecistectomía con clics metálicos a nivel del lecho quirúrgico existiendo caudalmente al mismo una zona hipodensa con una burbuja aérea aislada, segmento V en relación probable con cambios/secuelas posquirúrgicos a ese nivel, y otras 2 pequeñas áreas de menor densidad en segmento VI, de localización subcapsular, que sugieren áreas de hipoperfusión con pequeños infartos hepáticos segmentarios probablemente por lesiones de vasos periféricos subcapsulares./ No visualizo líquido libre en el rastreo abdominal./ Catéter de drenaje con entrada a nivel de vacío derecho y colocado en espacio subhepático./ Neumoperitoneo con burbuja aérea residual subcentimétrica aislada por debajo de la pared abdominal anterior, en la línea media, infraumbilical./ Ante estos resultados se decide mantener actitud expectante por si fuera una fístula biliar de bajo débito, pero ya al séptimo/octavo día de la intervención se comprueba que el débito va a más hasta un máximo de 700 cc./ El día 17 de enero de 2021 (le) realizan una CPRE con hallazgos compatibles con lesión de VBP, por lo que desde el Hospital de `X´ solicitan al (Hospital `Y´) la realización de una colangioRNM, con los siguientes hallazgos:/ En el estudio dinámico funcional de la vía biliar se evidencia una fuga biliar en este punto que es recogida por un sistema de drenaje sin que se evidencien colecciones líquidas perihepáticas sugestivas de biliomas extrahepáticos. En la vía biliar distal no se identifica coledocolitiasis. No se identifica paso de bilis contrastada hacia el colédoco distal ni intestino a los 40 minutos de la inyección. Pequeña lesión parenquimatosa en segmento VI de 29 mm que se realiza tardíamente con contenido biliar, probablemente relacionada con lesión traumática y pequeño bilioma./ Informan de lesión de la vía biliar principal a menos de dos centímetros de confluencia que condiciona fuga biliar recogida por el drenaje (...). Como consecuencia de lo anterior” es “derivado al Hospital `Y´ para valoración de tratamiento quirúrgico”.

Refiere que el 25 de enero de 2022 se procede a su traslado al Hospital "Y", y que el 1 de febrero le practican un "angioTC y TC abdominal en fase portal que descarta signos de sangrado activo (...). Ante una aparente buena evolución (le) dan el alta el día 3 de febrero de 2022". Señala que el 10 de febrero acude a Urgencias del Hospital "Y" derivado por su médico de Atención Primaria "por dolor en región lumbar y fiebre alta", observándose "durante la exploración física (...) ictericia conjuntival y cutánea. Asimismo se recoge" que está "pendiente de intervención quirúrgica para colecistectomía (previa no exitosa)./ Al realizar la palpación del abdomen examinan el drenaje de la colecistostomía de aspecto serobilioso, ligeramente doloroso a la palpación en epigastrio. Durante este ingreso (le) realizan un drenaje de vía biliar (...) e informan de lesión iatrogénica de vía biliar con ictericia y posible colangitis asociada, por lo que deciden (...) reconstrucción de la vía biliar./ Se realiza un TC con contraste intravenoso de hígado y páncreas en fase arterial y de todo el abdomen en base portal", estableciéndose el diagnóstico de "discreta dilatación árbol biliar que se interrumpe en el conducto hepático común, sin cambio respecto a TC previo. Mínimas lengüetas de líquido y discreta inflamación de la grasa subhepática, sin biliomas claramente organizados./ Las lesiones hepáticas visibles en TC previo están disminuyendo. El absceso de músculo recto anterior también ha disminuido". Indica que el 16 de febrero le intervienen para reparación de la lesión biliar, realizándole "una hepaticoyeyunostomía", recogiendo en el informe médico de la cirugía "peritonitis local, perihepática y subhepática en relación con salida-pérdida de DTPH que está fuera del hígado, con salida de bilis desde punto de inserción. Adherencias de epiplón y duodeno a lecho hepático de la colecistectomía. Drenaje Blake de cirugía previa en lecho de colecistectomía", siendo alta hospitalaria el 3 de marzo de 2022.

Afirma que "como consecuencia de la asistencia prestada y de los síntomas emocionales que estaba acarreado (alto nivel de frustración, cansancio, impotencia, irritabilidad, tanto en el ámbito de vida familiar como en el social) "acudió "el 14 de marzo de 2022 a un especialista en Psicología Clínica

por ansiedad y depresión moderada”, con el que siguió “una terapia cognitivo conductual hasta el 2 de junio de 2022”.

Sostiene que “una intervención aparentemente sencilla concluyó con unas complicaciones desproporcionadas al seccionarse por error el colédoco./ Nótese que entre los múltiples riesgos enunciados en el documento de consentimiento informado firmado no se menciona la sección del colédoco. Si bien es cierto que alude a lesión de órganos vecinos, esta genérica advertencia no puede entenderse como una `patente de corso´ para justificar cualquier error técnico./ Lo sucedido entra dentro del concepto de `daño desproporcionado´ (...) pues, en primer lugar, la sección del colédoco no se presenta como una opción posible con una técnica y pericia adecuadas; y, en segundo lugar, resulta que dicha sección ni siquiera fue detectada por el cirujano en el momento en que se produjo, lo que ahonda en esa impericia”.

Cuantifica la indemnización solicitada en un total de cincuenta mil euros (50.000 €).

Adjunta copia del informe de una especialista en Psicología Clínica de 26 de octubre de 2022.

2. Mediante escrito de 13 de febrero de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación, las normas de tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el día 22 de febrero de 2023 la Jefa del Servicio de Atención al Ciudadano de la Gerencia del Área Sanitaria I le remite una copia de la historia clínica de Atención Especializada del paciente.

4. Con fecha 3 de abril de 2023, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le envía una copia del historial clínico del

paciente y el informe elaborado por el Jefe de la Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática del Hospital "Y" el 30 de marzo de 2023.

En este último se indica que "la lesión de la vía biliar durante la cirugía de la vesícula es muy poco frecuente, pero es una complicación bien conocida, descrita en todo el mundo. Se han elaborado una serie de recomendaciones para su prevención, publicadas en revistas científicas y presentadas en cursos y congresos de la especialidad, gracias a lo que su incidencia ha disminuido, pero sigue ocurriendo (...) dada la complejidad de algunos casos./ Los consentimientos informados para la cirugía de la vesícula incluyen ese tipo de complicaciones./ La indicación de cirugía en este caso es correcta. Se trata de un paciente con sintomatología importante que ingresa de Urgencias y es difícil encontrar el momento adecuado para ser intervenido. La cirugía en el ingreso urgente está contemplada en las guías de cirugía para resolver el problema y evitar complicaciones más graves durante la espera para cirugía programada./ Cuando se presenta una fuga biliar tras la colecistectomía, si el paciente presenta buen estado general y fístula de bajo débito, y no hay acúmulo de bilis en el lecho operatorio ni en el peritoneo en ecografía o tac, lo correcto es esperar a ver la evolución de la fístula./ Si el débito es alto se deben hacer pruebas específicas, como CPRE y colangioRM".

Considera que, "a la vista de los datos de los que hemos tenido conocimiento (...), la asistencia sanitaria prestada en el Hospital 'X' (...) a raíz del que tuvo que ser atendido en nuestra Unidad ha cumplido con los protocolos de actuación apropiados".

5. Mediante oficio de 17 de abril de 2023, la Responsable del Servicio de Atención al Usuario de la Gerencia del Área Sanitaria I traslada al Servicio instructor el informe emitido en la misma fecha por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital "X".

En él consta, "en relación con la lesión quirúrgica sufrida por el paciente (...), que la posibilidad de lesión de la vía biliar durante la realización de una colecistectomía laparoscópica, aunque baja, existe (0,41 % - 2,25 %), y es

mayor en aquellos casos, como el que nos ocupa, en los que el paciente presenta un episodio de colecistitis aguda./ Dicho riesgo se dobla en pacientes con colecistitis moderada en relación con aquellos que no la presentan y es ocho veces mayor en pacientes con colecistitis severa (...). La aparición de dicha lesión surge de la obligatoriedad como cirujanos de trabajar en un área muy deformada por el fenómeno inflamatorio en el que se hallan una serie de estructuras vitales de dimensiones milimétricas. Por ello, consideramos que no es correcto atribuir una impericia quirúrgica ante lo que supone una dificultad importante que no podemos eludir y que en algunos casos conlleva la aparición de esta situación adversa./ En el caso de nuestro paciente, el juicio clínico, analítico, ecográfico y quirúrgico lo hace caer dentro de esta categoría, de hecho se dejó un drenaje protector que no se suele dejar en las colecistectomías estándar./ En relación con la posible falta de información acerca de los riesgos quirúrgicos, señalamos que el consentimiento informado es presentado siempre al paciente y se pide que sea firmado por él. El consentimiento recoge de una forma inteligible los problemas y efectos adversos de la cirugía. No se pormenorizan todas las posibles lesiones vasculares, nerviosas y de órganos adyacentes pues sería farragoso y poco práctico para personas fuera del ámbito médico. Son consentimientos creados por la Asociación Española de Cirujanos (...) de carácter estándar y utilizados por la mayoría de los hospitales de la red pública./ Por último la consideración de daño desproporcionado debe ser matizada. El hecho de trabajar en una zona de estructuras delicadas y vitales hace que cuando el efecto adverso se presenta (estadísticamente poco frecuente) es de hecho ya grave y forma parte del riesgo advertido y asumido por el paciente en el momento de firmar el consentimiento informado./ Finalmente, considerar que la asistencia por parte de nuestro centro fue correcta a la hora de determinar con rapidez la situación patológica y recabar la asistencia más especializada” del Hospital “X”.

6. Obra incorporado al expediente un informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 27 de mayo de 2023 por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él expone que “de la historia y documentación aportada (...) queda claro que la indicación de la cirugía fue totalmente correcta, adecuada y acorde a las guías y recomendaciones internacionales (...). Previo a la intervención consta que el paciente fue informado tanto de la técnica a realizar de colecistectomía laparoscópica, así como de sus riesgos, existiendo un consentimiento informado escrito específico firmado por el paciente, cumpliendo los requisitos de tiempo, forma y con detalle del procedimiento a realizar y de los potenciales riesgos (...). Nada que objetar al consentimiento informado por cuanto es (...) avalado por la Asociación Española de Cirujanos (...). En dicho consentimiento (...) expresamente se reseña la posibilidad de complicaciones posoperatorias como riesgos típicos poco frecuentes y graves asociados al procedimiento, entre los que se incluyen la lesión de la vía biliar” y la “necesidad de reintervención (...). La elección de la técnica de la colecistectomía laparoscópica está ajustada a los principios médicos habituales, por cuanto es una técnica universalmente aceptada por sus resultados, escasa estancia hospitalaria y una magnífica relación riesgo/beneficio (...). En el protocolo quirúrgico de la intervención realizada el día 05-01-2022 en el Hospital “X” se señala que se realiza abordaje abdominal laparoscópico y que la cirugía cursó sin incidencias reseñables, salvo por la presencia de una colecistitis aguda con inflamación de los tejidos (...). La presencia de una colecistitis crónica y/o subaguda provoca una mayor tasa de complicaciones y morbimortalidad debido a la mayor complejidad técnica provocada por la intensa fibrosis e inflamación de los tejidos que genera (...). En el Informe de Anatomía Patológica de la primera intervención se confirma la existencia de una colecistitis crónica reagudizada litiásica (...). En esta situación, que nada tiene que ver con el diagnóstico de una colelitiasis sintomática, donde no existe ningún tipo de inflamación ni fibrosis de los tejidos, la posibilidad de lesión iatrogénica aumenta considerablemente, siendo uno de los factores más importantes relacionados con las lesiones iatrogénicas de la vía biliar (...). Hasta

el 30 % de los individuos tenemos anomalías anatómicas de la vía biliar y de la arteria hepática lo que, en condiciones de inflamación y fibrosis intensa, puede incrementar aún más la posibilidad de lesiones iatrogénicas durante la cirugía (...). En este caso, consta acreditado la existencia de una anomalía anatómica con implantación baja del conducto hepático derecho como factor predisponente y/o concausal (...). De lo expuesto, no observo ninguna anomalía técnica contraria a la normopraxis. El procedimiento quirúrgico y la técnica elegida para la colecistectomía laparoscópica es la ajustada a los criterios universalmente aceptados en la práctica médica (...). Durante el posoperatorio inicial el paciente evoluciona de forma favorable. Al 7.º - 8.º día posoperatorio presenta un débito bilioso por el drenaje abdominal por lo que se solicitan las pruebas indicadas (tac abdominal, CPRE y colangioRMN) y necesarias para identificar el tipo de lesión de la vía biliar y las complicaciones derivadas de la misma, sin poder establecerse ninguna inobservancia del deber de cuidado, demora diagnóstica ni terapéutica (...). Una vez confirmada con las pruebas complementarias realizadas, especialmente la CPRE y la colangioRMN, la lesión de la vía biliar y la necesidad de reintervención el paciente es trasladado a la Unidad de Referencia del Hospital `Y` para su reparación (...). Durante todo este tiempo el paciente permaneció en una buena situación clínica, hemodinámicamente estable y sin fiebre según se confirma en las anotaciones médicas y de enfermería (...). Tampoco existe ningún retraso en el diagnóstico ni inobservancia del deber de cuidado por parte de los profesionales (...) que han atendido y seguido al paciente una vez derivado al Hospital `Y` el día 25-01-2022 (...). Ante la sospecha de una complicación posquirúrgica grave, se actúa de forma diligente poniendo todos los medios disponibles para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado para la complicación que presentaba el paciente (...). La actuación de los profesionales (...) ha sido correcta y ajustada a la *lex artis*, sin haber existido una inobservancia del deber de cuidado puesto que, en todo momento, ha existido un seguimiento continuo y estrecho del paciente y de sus complicaciones (...). Lamentablemente, el paciente ha presentado una lesión iatrogénica de la vía biliar motivo por el que ha sido necesario realizar varios

procedimientos terapéuticos durante el posoperatorio para su resolución (...). Este riesgo típico, señalado expresamente en el consentimiento informado firmado por el paciente, representa un grave riesgo consustancial a la cirugía de la vesícula biliar (...). Las lesiones iatrogénicas de las vías biliares se presentan en el 0,2 a 0,6 % de las personas que se realizan una colecistectomía laparoscópica y constituye una de sus complicaciones más graves, no sólo por su difícil diagnóstico, sino por el alto riesgo de morbimortalidad durante su reparación (...). De acuerdo con las estadísticas y publicaciones, en el mejor de los casos, en cirujanos experimentados, de cada 250-300 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica uno tendrá, estadísticamente, una lesión iatrogénica de la vía biliar relacionado fundamentalmente con la presencia de variantes anatómicas y/o procesos inflamatorios de la vesícula”.

7. Mediante oficio de 19 de junio de 2023, la Instructora del procedimiento comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

8. El día 14 de julio de 2023, el interesado presenta en las oficinas de correos un escrito de alegaciones. En él manifiesta que, “tanto el perito como el médico interviniente parecen justificar la lesión iatrogénica por el hecho de que el paciente tenía mayor riesgo de tasa de complicaciones y morbimortalidad al presentar una colecistitis aguda./ Pese a concurrir esta circunstancia (...), lo cierto es que en el apartado de riesgos personalizados del documento de consentimiento informado no consta que se informase al paciente que debido a su situación clínica presentaba mayor porcentaje de presentar complicaciones. En otras palabras, ambos médicos confirman que la información fue deficiente e incompleta./ El informe del (...) Jefe de Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática confirma la lesión iatrogénica y que se trata de una lesión infrecuente aunque descrita. Llama la atención que tratándose de un caso complejo y existiendo una unidad especializadas para esta cirugía no se

plantease (...) la posibilidad de un traslado para ser intervenido en el (Hospital `Y´) en vez de en el Hospital `X´ (...). Los informes aportados se limitan a justificar la lesión iatrogénica por la existencia de un consentimiento informado que resultaría ser una patente de curso para justificar cualquier lesión causada por impericia o falta de la diligencia debida”.

9. Con fecha 27 de julio de 2023, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “en la reclamación se afirma que ha existido infracción de la *lex artis* durante la intervención quirúrgica inicial, colecistectomía LPC, derivándose complicaciones desproporcionadas, sección del colédoco, complicación no explícita en el documento de consentimiento informado, limitado a la advertencia genérica de lesión de órganos vecinos./ La indicación quirúrgica y la técnica elegida, colecistectomía laparoscópica, ha sido correcta, en el posoperatorio inicial el paciente evolucionó favorablemente, en el 7.º - 8.º día posoperatorio presentó débito biliar por el drenaje abdominal, procediendo a solicitar los estudios diagnósticos necesarios para identificar el tipo de lesión./ Confirmado el diagnóstico de lesión de vía biliar (CPRE y la colangioRMN), el paciente es trasladado a la Unidad de Referencia del Hospital `Y´ para su reparación./ El procedimiento quirúrgico de colecistectomía está sujeto a la posibilidad de presentar una lesión iatrogénica de la vía biliar, riesgo típico inherente a la misma y materializado en este caso, precisando la realización de varios procedimientos quirúrgicos adicionales para su resolución. Este riesgo típico, recogido en el documento de consentimiento informado, representa una grave complicación en la técnica quirúrgica de colecistectomía./ Las lesiones iatrogénicas de las vías biliares se presentan en el 0,2 a 0,6 % de los pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica y constituyen una de sus complicaciones más graves, no sólo por su difícil diagnóstico, sino por el alto riesgo de morbimortalidad durante su reparación. La presencia de variantes anatómicas y/o procesos inflamatorios de la vesícula incrementan aún más la posibilidad de lesión (...), tal como concurre en este caso, constando acreditadas

la existencia de una anomalía anatómica (implantación baja del conducto hepático derecho) y de proceso inflamatorio, colecistitis crónica reagudizada litiásica./ En definitiva”, con base en “la documental obrante en el expediente y a falta de pericial de parte que la contradiga, no se ha objetivado inobservancia del deber de cuidado, ni demoras en el diagnóstico y tratamiento de la complicación surgida. Los daños reclamados corresponden al desarrollo de riesgos típicos del procedimiento quirúrgico realizado./ La mera materialización de un riesgo quirúrgico, descrito y publicado en la literatura, del que el paciente ha sido informado, no presupone la existencia de actuaciones contrarias a la normopraxis, dado el carácter inexacto de la ciencia médica. Se han empleado los medios adecuados durante el proceso asistencial, el cual ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de septiembre de 2023, 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. RP 2023/8 de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 5 de enero de 2023, y según la documentación obrante en el expediente la colecistectomía laparoscópica -intervención a la que se atribuye el daño- se practica el día 5 de enero de 2022, por lo que, sin necesidad de acudir a una eventual consolidación de las secuelas, es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que el interesado reclama una indemnización por los daños y perjuicios derivados de una lesión de la vía biliar durante la realización de una colecistectomía laparoscópica.

Acreditada la efectividad del daño a tenor de la información clínica incorporada al expediente, debemos reparar en que 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, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 poder 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.

Este criterio opera no sólo 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, 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 defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no sólo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que

el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el supuesto analizado, el interesado sostiene que “una intervención aparentemente sencilla concluyó con unas complicaciones desproporcionadas al seccionarse por error el colédoco”, y que “entre los múltiples riesgos enunciados en el documento de consentimiento informado firmado no se menciona la sección del colédoco”, pues “si bien es cierto que alude a lesión de órganos vecinos, esta genérica advertencia no puede (...) justificar cualquier error técnico”. Asimismo, entiende que “lo sucedido entra dentro del concepto de ‘daño desproporcionado’ (...), pues, en primer lugar, la sección del colédoco no se presenta como una opción posible con una técnica y pericia adecuadas; y, en segundo lugar, resulta que dicha sección ni siquiera fue detectada por el cirujano en el momento en que se produjo, lo que ahonda en esa impericia (...). Es decir, no sólo se corta lo que no debe sino que no se percata de su error para solucionarlo en el mismo acto quirúrgico”.

Vista la posición del reclamante, es preciso abordar el contenido más significativo de la restante documentación obrante en el expediente.

El informe del Jefe de la Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática del Hospital “Y” señala que la lesión de la vía biliar durante la cirugía de la vesícula, aunque muy poco frecuente, “es una complicación bien conocida”, y que “se han elaborado una serie de recomendaciones para su prevención, publicadas en revistas científicas y presentadas en cursos y congresos de la especialidad, gracias a lo que su incidencia ha disminuido, pero sigue ocurriendo (...) dada la complejidad de algunos casos”. Advierte que “los consentimientos informados para la cirugía de la vesícula incluyen ese tipo de complicaciones”, y señala que “cuando se presenta una fuga biliar tras la colecistectomía, si el paciente presenta buen estado general y fístula de bajo débito, y no hay acúmulo de bilis en el lecho operatorio ni en el peritoneo en ecografía o tac, lo correcto es esperar a ver la evolución de la fístula./ Si el débito es alto se deben hacer pruebas específicas, como CPRE y colangioRM”. Asimismo, refiere que “la indicación de cirugía en este caso es correcta”, pues “se trata de un paciente con

sintomatología importante que ingresa de Urgencias y es difícil encontrar el momento adecuado para ser intervenido". Con base en ello, concluye que la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital "X" cumple con los protocolos de actuación.

Por su parte, el informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital "X" incide en que "la posibilidad de lesión de la vía biliar durante la realización de una colecistectomía laparoscópica, aunque baja, existe (0,41 % - 2,25 %) y es mayor en aquellos casos, como el que nos ocupa, en los que el paciente presenta un episodio de colecistitis aguda", destacando que "dicho riesgo se dobla en pacientes con colecistitis moderada en relación con aquellos que no la presentan, y es ocho veces mayor en pacientes con colecistitis severa", y que "la aparición de dicha lesión surge de la obligatoriedad como cirujanos de trabajar en un área muy deformada por el fenómeno inflamatorio en el que se hallan una serie de estructuras vitales de dimensiones milimétricas". Por ello, estima que "no es correcto atribuir una impericia quirúrgica ante lo que supone una dificultad importante que no podemos eludir y que en algunos casos conlleva la aparición de esta situación adversa". En otro orden de cosas, refiere que "el consentimiento recoge de una forma inteligible los problemas y efectos adversos de la cirugía" y, aunque "no se pormenorizan todas las posibles lesiones vasculares, nerviosas y de órganos adyacentes, pues sería farragoso y poco práctico para personas fuera del ámbito médico", subraya que "son consentimientos creados por la Asociación Española de Cirujanos (...) de carácter estándar y utilizados por la mayoría de los hospitales de la red pública". Finalmente, en relación con la eventual concurrencia de un daño desproporcionado, indica que "el hecho de trabajar en una zona de estructuras delicadas y vitales hace que cuando el efecto adverso se presenta (estadísticamente poco frecuente) es de hecho ya grave y forma parte del riesgo advertido".

El informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración señala que en el consentimiento informado firmado por el paciente "expresamente se reseña la posibilidad de complicaciones

posoperatorias como riesgos típicos poco frecuentes y graves asociados al procedimiento, entre los que se incluyen la lesión de la vía biliar”. Por otro lado, indica que “la presencia de una colecistitis crónica y/o subaguda provoca una mayor tasa de complicaciones y morbimortalidad debido a la mayor complejidad técnica provocada por la intensa fibrosis e inflamación de los tejidos que genera”, y que “en esta situación, que nada tiene que ver con el diagnóstico de una colelitiasis sintomática, donde no existe ningún tipo de inflamación ni fibrosis de los tejidos, la posibilidad de lesión iatrogénica aumenta considerablemente, siendo uno de los factores más importantes relacionados con las lesiones iatrogénicas de la vía biliar”.

Por último, la propuesta de resolución indica que “el procedimiento quirúrgico de colecistectomía está sujeto a la posibilidad de presentar una lesión iatrogénica de la vía biliar, riesgo típico inherente a la misma y materializado en este caso, precisando la realización de varios procedimientos quirúrgicos adicionales para su resolución. Este riesgo típico, recogido en el documento de consentimiento informado, representa una grave complicación en la técnica quirúrgica de colecistectomía”. Asimismo, señala que “la presencia de variantes anatómicas y/o procesos inflamatorios de la vesícula incrementan aún más la posibilidad de lesión (...), tal como concurre en este caso, constando acreditadas la existencia de una anomalía anatómica (implantación baja del conducto hepático derecho) y de proceso inflamatorio, colecistitis crónica reagudizada litiásica”.

Planteada en estos términos la controversia, procede entrar sobre el fondo del asunto.

Con carácter previo es preciso advertir que, pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene, el perjudicado no ha desarrollado en vía administrativa actividad probatoria alguna, limitándose a referir los informes médicos del hospital y a exponer su personal interpretación de los hechos. Es por ello que este Consejo ha de formar su juicio acerca de la posible existencia de una infracción de la *lex artis* y de su relación causal con los

daños que se alegan únicamente con base en la documentación médica incorporada al expediente por la Administración y su compañía aseguradora.

En primer lugar, en cuanto a la postura del reclamante acerca de que en este supuesto se habría producido un daño desproporcionado, procede recordar, como viene advirtiendo este Consejo (por todos, Dictámenes Núm. 274/2021, 119/2022 y 156/2023), que en la medicina, que no es una ciencia exacta, la mera corrección técnica en el desempeño, con independencia de cualquier otra circunstancia, no conlleva en todo caso un resultado exitoso, puesto que siempre existe un factor de imprevisibilidad, cual es la diferente reacción que diversos pacientes pueden tener ante idéntico tratamiento.

Respecto a la doctrina del daño desproporcionado, la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de mayo de 2018 -ECLI:ES:TS:2018:1849- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª) señala que "las reglas generales sobre la carga de la prueba se excepcionan, recayendo sobre la parte demandada la carga de acreditar que la prestación sanitaria se ha acomodado a la *lex artis ad hoc*, tan sólo en aquellos casos en que el daño del paciente es desproporcionado o clamoroso `ya que éste, por sí mismo, por sí sólo, denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla *res ipsa loquitur* (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla *Anscheinsbeweis* (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la *faute virtuelle* (culpa virtual), que significa que si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción´. Ahora bien, como también dijimos en la (...) Sentencia de 22 de julio de 2015, la aplicación de esta doctrina no se produce automáticamente por la sola presencia de un gravísimo resultado, sino que requiere que exista nexo causal entre la producción de un resultado desproporcionado con la patología inicial del paciente y la esfera de actuación de los servicios sanitarios, que el daño producido no constituya una complicación o riesgo propios de la actuación médica y que no se haya acreditado la causa de la producción de ese resultado, es decir, que la doctrina del daño desproporcionado

no es aplicable cuando, como en el caso de autos, el resultado puede obedecer a un riesgo o a una complicación inherente al acto médico y/o se pueden explicar los hechos a través de las pruebas practicadas en el proceso, ya que la esencia de la doctrina no está en el hecho `físico` de que el resultado sea desproporcionado a lo que se esperaba". Por otra parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 8 de julio de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:2132- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) recuerda, recogiendo la jurisprudencia vertida al respecto por el Tribunal Supremo, que "la doctrina del daño desproporcionado o `resultado clamoroso` significa lo siguiente: / 1.º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución. / 2.º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible -por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada. / 3.º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la *lex artis* por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor. / 4.º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño. / 5.º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado".

Sentado lo anterior, no cabe orillar que el informe del Jefe de la Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática del Hospital "Y" advierte que la lesión de la vía biliar durante la cirugía de la vesícula es una complicación posible, aunque poco

probable. A ello ha de añadirse que, como expone el informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital "X", la posibilidad de lesión de la vía biliar durante la realización de una colecistectomía laparoscópica es mayor en aquellos casos, como el ahora sometido a dictamen, en los que el paciente presenta un episodio de colecistitis aguda; por otra parte, y como también refiere este mismo informe, resulta notorio que "el hecho de trabajar en una zona de estructuras delicadas y vitales hace que cuando el efecto adverso se presenta (estadísticamente poco frecuente) es de hecho ya grave".

En este contexto, para reconocer la existencia de un daño desproporcionado no cabe atender exclusivamente a la gravedad del resultado, sino que es preciso constatar que el daño producido no constituya una complicación o riesgo propios de la actuación médica llevada a cabo. Siendo esto así, de los informes médicos incorporados al expediente -únicos elementos sobre los cuales podemos formar nuestra convicción- se desprende que la lesión de la vía biliar durante la cirugía de vesícula, por infrecuente que resulte, está descrita en la literatura médica e implícita en el riesgo descrito, de modo que puede llegar a producirse sin que medie una quiebra de la *lex artis ad hoc* por parte de los facultativos responsables de la operación. De ahí que no resulte aquí aplicable la doctrina del daño desproporcionado, al quedar probado por la documentación aportada por la Administración que el resultado puede obedecer a un riesgo o a una complicación conocida e inherente al acto médico. A estos efectos, conviene diferenciar entre un daño desproporcionado y la aparición de un riesgo que siendo extraordinario -de baja probabilidad- se manifieste con singular gravedad (entre otros, Dictamen Núm. 156/2023), como aconteció en este caso, sin obviar que tal situación fue adecuadamente tratada por los profesionales del servicio de salud.

En segundo lugar, en cuanto a la eventual existencia de un déficit informativo sobre los riesgos que implicaba la técnica utilizada, debe advertirse que el consentimiento informado firmado por el paciente indica en el apartado de riesgos poco frecuentes y graves de la cirugía de la vía biliar "Fístula biliar (...). Colangitis (infección de los conductos biliares). Reproducción de la

enfermedad. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax”.

En relación con el consentimiento informado, este Consejo viene razonando (por todos, Dictámenes Núm. 167/2015 y 240/2022) que es preciso acercarnos a la dimensión constitucional del derecho infringido, en la medida en que toda actuación médica supone una posible afección a la integridad personal protegida por el artículo 15 de la Constitución. El Tribunal Constitucional ha señalado en la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo -ECLI:ES:TC:2011:37-, que “se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas”. Y añade que para que “esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto, pueda ejercerse con plena libertad es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos”. Llevado al plano de la legalidad ordinaria el consentimiento informado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, preceptúa en su artículo 8 que “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”. A los efectos que aquí interesan, entre las exigencias del artículo 4 de esta Ley 41/2002, de 14 de noviembre, figura la relativa a los “riesgos y (...) consecuencias” de cada intervención, para lo cual, y según se recoge en el artículo 10 del mismo texto legal, el “facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: (...) b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del

paciente. c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención". Como corolario de esta regulación, debemos reseñar la construcción jurisprudencial conforme a la cual la eventual ausencia del consentimiento informado del paciente en el curso o con ocasión de una concreta asistencia sanitaria lleva aparejada la obligación de resarcir el resultado dañoso con independencia de cualquier otra valoración en relación con la adecuación a la *lex artis* del acto médico enjuiciado. En este sentido, y como ya ha tenido ocasión de indicar en ocasiones precedentes este Consejo (entre otras, Dictamen Núm. 287/2013), "el Tribunal Supremo ha señalado con reiteración que la omisión del consentimiento previo informado supone, en sí misma, una `mala praxis *ad hoc*', y, en estos casos, la responsabilidad `se produce con absoluta independencia de la existencia o no de mala praxis en el acto médico (...), puesto que basta la existencia del daño derivado del mismo cuando falta el consentimiento informado'" (Sentencia de 14 de diciembre de 2005 -ECLI:ES:TS:2005:8258-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª, con cita de las Sentencias de la misma Sala y Sección de 26 de marzo de 2002 -ECLI:ES:TS:2002:2229- y 9 de marzo de 2005 -ECLI:ES:TS:2005:1445-).

Tal como venimos reiterando (por todos, Dictamen Núm. 113/2023), el Tribunal Supremo ha advertido que "en caso (de) que el riesgo sea atípico, es decir imprevisible o anómalo, de los que no se producen habitualmente en este tipo de intervención, no cabría incluirlo entre los riesgos que deben ser informados al paciente" (Sentencia de 15 de marzo de 2018 -ECLI:ES:TS:2018:1084-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5ª). Se mantiene en posteriores pronunciamientos judiciales que el deber de informar no tiene carácter absoluto u omnicomprensivo, pero sí se extiende a aquellas complicaciones puntualmente descritas en la literatura médica, aunque sean inusuales, y a aquellas secuelas que por su gravedad merecen una mención específica, aunque sean indirectas o ciertamente infrecuentes. Como declara el Tribunal Supremo, "una cosa es la incerteza o improbabilidad de un determinado riesgo y otra distinta su baja o reducida tasa de probabilidad, aunque sí existan

referencias no aisladas acerca de su producción o acaecimiento (...). El contenido del consentimiento informado comprende transmitir al paciente (es decir la persona que requiere asistencia sanitaria) todos los riesgos a los que se expone en una intervención precisando de forma detallada las posibilidades, conocidas, de resultados con complicaciones” (Sentencia de 25 de marzo de 2010 -ECLI:ES:TS:2010:1752-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª); y en la misma línea se pronuncia la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de julio de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:2420- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª). En suma, el riesgo típico o descrito, al igual que cierra el paso a la doctrina del daño desproporcionado y aleja la imputación del daño a la praxis médica, debe encontrar un reflejo adecuado en la información proporcionada al paciente, pues su omisión no sólo perturba su libre elección de tratamiento, sino que también asiste a la convicción subjetiva de haber sido víctima de una negligencia médica.

Trasladando las anteriores consideraciones al presente supuesto, entendemos que las referencias a los riesgos que figuran en el consentimiento firmado por el ahora reclamante resultan adecuadas para estimar que este se hallaba suficientemente advertido acerca de la eventualidad y trascendencia -el documento lo aborda bajo la rúbrica de “riesgos poco frecuentes y graves”- de una lesión de órganos próximos a la zona intervenida en el marco de una colecistectomía laparoscópica. Debe advertirse, además, que el colédoco se identifica con el conducto biliar común (región distal) por lo que la lesión de la vía biliar descrita como riesgo en el consentimiento informado comprende la de aquellos conductos y vías sin que resulte ajustada la exigencia de una descripción e identificación pormenorizada de todas ellas en un documento de consentimiento cuya comprensión por el paciente debe quedar asegurada.

Por otra parte, en el trámite de audiencia el reclamante manifiesta que en el apartado de riesgos personalizados del documento de consentimiento informado debió incorporarse “que debido a su situación clínica presentaba mayor porcentaje de presentar complicaciones”. Sin embargo, conforme se deduce del citado artículo 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, lo que ha

de constar en el documento es la referencia a los riesgos que puedan materializarse, debiendo incorporarse aquellos que traigan causa de la situación clínica personal del paciente, pero sin que deba descenderse a especificar el incremento de la probabilidad de concretarse cada uno de ellos en función de las patologías de base. Ninguna prueba aporta el interesado justificativa de que su situación clínica previa impusiera una distinta o mayor concreción del riesgo descrito en el consentimiento informado, en un caso en el que además se trata de una complicación grave, condicionada por la presencia de variantes anatómicas y/o procesos inflamatorios de la vesícula, de baja incidencia y de difícil detección.

Finalmente, en lo que atañe a la hipotética falta de precisión técnica reprochada por el interesado, la circunstancia de que el documento hubiese efectuado una enumeración exhaustiva y científicamente más detallada de los órganos potencialmente afectados y las formas de afectación difícilmente -salvo, quizás, en el caso de que se tratase de un facultativo, supuesto en el que, por otro lado, devendría innecesaria- habría redundado en un incremento de la esfera cognitiva del paciente acerca de los riesgos de la cirugía que se le propuso como mejor alternativa y, por ende, influido potencialmente en su decisión de optar o no por ella. Estimamos, pues, que el paciente, con base en el consentimiento informado que le fue suministrado, pudo ser consciente del riesgo -infrecuente, pero factible- de un episodio como el que finalmente se produjo, no apreciándose déficit informativo.

En suma, según se desprende de la documentación y los informes obrantes en el expediente -en ningún momento desvirtuados por el reclamante, que no ha acudido al derecho que la ley le confiere para presentar pericias-, el paciente fue convenientemente informado acerca del riesgo, grave y poco frecuente, de sufrir una lesión de la vía biliar durante la realización de la colecistectomía laparoscópica, cuya lamentable eventualidad -favorecida por la presencia de una colecistitis crónica reagudizada litiásica (no una colelitiasis sintomática), confirmada tras la primera intervención- constituye un riesgo intrínseco al tipo de cirugía practicada -en cuyo desempeño no ha quedado

probada la existencia de mala praxis-, por lo que el daño ocasionado no cabe reputarse de antijurídico al pesar sobre el paciente la obligación de soportarlo.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.