

En Logroño, a 15 de octubre de 2019, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. José María Cid Monreal, D. José Luis Jiménez Losantos, D. Pedro María Prusén de Blas y D. Enrique de la Iglesia Palacios, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Enrique de la Iglesia Palacios, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

103/19

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por formulada por D. A.G.U. por los daños y perjuicios que entiende causados al ser intervenido de una colecistectomía con secuela de pancreatitis aguda postquirúrgica, y que valora en 100.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El reclamante formuló la referida reclamación administrativa de responsabilidad patrimonial de la Administración pública mediante escrito presentado el 24 de enero de 2019.

1. Contenido de la reclamación.

En su escrito, el reclamante narra los hechos en los que funda su reclamación. Son los siguientes:

“En febrero de 2.018, fui diagnosticado de cálculos biliares. En el Hospital San Pedro (HSP) me informan que me realizarán una laparoscopia para extirparme la vesícula. Meses más tarde, me informan que dicha intervención me la realizarán en la Clínica V.L.M, siendo atendido por el Dr. U.F, me informan que en fecha 02/05/18 me harán la laparoscopia.

Semanas después, acudo a la cita con el anestesiólogo de la Clínica L.M, donde, tras realizarme un análisis de sangre y electro cardiograma, se limita a preguntar por mi peso y altura, así como posibles alergias, sin comprobar ninguno de estos datos.

En fecha 30/04/18, acudo (al Servicio de) Urgencias del HSP refiriendo dolores muy fuertes. Los médicos piensan que es debido a los cálculos biliares, con lo que me dan medicación para el dolor.

La noche siguiente, vuelvo (al Servicio de) Urgencias del HSP, el dolor va en aumento a pesar de los calmantes, esta vez estoy más tiempo en (el Servicio de) urgencias dado que los dolores persisten aun con la medicación. Dado que la intervención es próxima, los Médicos deciden esperar a realizar la laparoscopia.

En fecha 02/05/18, según lo establecido, ingreso con dolores muy intensos en el Hospital V.L.M para la intervención. Informo al Dr. U.F. de mis fuertes dolores, pero decide seguir con la operación programada. Terminada la operación, ya en planta, los dolores han aumentado, sin embargo el Dr. U.F. informa a mi familia que los dolores son normales por la intervención que me ha realizado.

Durante ese día y la noche, los dolores persisten, siendo atendido por las Enfermeras de la planta. Desde las 4:00 h me dejan de administrar calmantes, dado que la medicación que me había prescrito el Dr. estaba suministrada. A las 08:00 h del día 03/05/18, al ver mi estado, mi esposa solicita a las Enfermeras más medicación, a los que ellas se niegan, solicita, desesperada, ver a un Médico para que me vea. Al acudir el Médico y ver mi estado, solicita un escáner de urgencia. Con los resultados del escáner, el Médico acude a la habitación donde me informa que tengo una pancreatitis severa, que ha llamado al HSP para que me traten de urgencia.

Llego en ambulancia hasta en HSP, en muy mal estado, donde se confirma el diagnóstico. Es tal mi estado que no me estar con mi familia. Hasta las 18:00 h de la tarde, no se me administra ninguna medicación para paliar el dolor (morfina), siendo remitido a planta para recibir tratamiento para la pancreatitis.

En fecha 04/05/18, intentan hacerme una resonancia (magnética, RNM), pero dado mi estado (por el dolor no puedo quedarme quieto) así como que soy alérgico al contraste yodado (se descubre en ese momento).

Tras casi tres semanas ingresado, me dan el alta hospitalaria. Como secuela, sufro una pancreatitis”.

2. Documentación adjunta a la reclamación.

A) El paciente acompaña, a su solicitud, diversos documentos, de entre los que se destacan los siguientes, ordenados cronológicamente:

-Informe del Servicio de Radiología del HSP, de 2 de enero de 2018.

-Informe de Consulta externa (CEX) del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del HSP, de 29 de enero de 2018, que, tras recoger que el paciente presenta un “cuadro de dos meses de cólicos biliares que ha precisado de valoración en urgencias en varias ocasiones”, diagnostica al paciente una colelitiasis.

-Informes de asistencia (en el Servicio) de Urgencias de 6 de febrero de 2018, al presentar el paciente “cuadro de cólico biliar”.

-Análisis de sangre y ecocardiograma, de 25 de abril de 2018.

-Informes de asistencia (en el Servicio) de urgencias de 30 de abril y 1 de mayo de 2018, que describen el cuadro del paciente como producido por un “*cólico biliar no complicado*”.

-Informe (del Servicio) de Radiología de 1 de mayo de 2018, que, entre otros extremos, describe la “*región visualizada de páncreas, sin alteraciones morfológicas de significación*”, “*hígado de tamaño normal*”, “*bazo homogéneo de tamaño normal*” y ausencia de “*liquido libre peritoneal*”.

-Una vez concluida la intervención quirúrgica, emite informe el Dr. A.G, de la Clínica V.L.M, en el que se describe el “*estatus post colecistectomía*”, indicando que ofrece “*signos sugestivos de pancreatitis edematosa*”, uno de ellos, el encontrarse el “*páncreas engrosado, con signos de edema en la grasa peripancreática*”.

-Informe de alta de 3 de mayo de 2018 suscrito por el Dr. U.F, del Hospital V.L.M que señala que el paciente había “*acudido de forma programada para cirugía de vesícula. Al ingreso, el paciente refiere 5 días de dolor abdominal intenso. Ha acudido en 3 ocasiones (al Servicio de) Urgencias del HSP, etiquetándose de cólico biliar. Tras la cirugía el paciente se encuentra con dolor intenso, que no cede con analgesia pautada y mórficos*”. Por ello, se decide el traslado del paciente al HSP, ante el “*cuadro clínico del paciente*”, que resulta “*compatible con pancreatitis aguda*”.

-Informe de asistencia (en el Servicio) de Urgencias en el HSP, de 3 de mayo de 2018, que señala, como impresión clínica que suscita el estado del paciente, una “*pancreatitis aguda posoperatoria*”.

-Informe provisional, de 3 de mayo de 2018 de alta del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del HSP, que recoge que la evolución clínica del paciente es “*favorable, con mejoría de cuadro abdominal y normalización encimática*” y, como diagnóstico, el de una “*pancreatitis aguda postquirúrgica*”.

-Informe del Servicio de Radiología del HSP, de 4 de mayo de 2018, que observa en el paciente “*alteraciones radiológicas sugestivas de pancreatitis aguda*”.

-Informes del mismo Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, de 4, 7 y 14 de mayo de 2018. El segundo de ellos observa “*signos de pancreatitis aguda con edema de grasa peri pancreática*”.

-Informe provisional de alta, del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, del HSP, de 16 de mayo de 2018.

-Informes de asistencia, del Servicio de Urgencias de 23 y 26 de julio de 2018, al que el paciente acudió al sufrir un “*dolor de gran intensidad*”.

-Informes, del Servicio de Radiología, de 23, 26 y 30 de julio de 2018; e informe de ecografía abdominal, del Servicio de Aparato Digestivo del HSP, de 26 de julio de 2018. En particular, el informe del Servicio de Radiología de 26 de julio de 2018, resume que la “*exploración abdominopélvica*” es “*simple, sin alteraciones significativas en TC*” (tomografía computerizada). El informe del Servicio de Aparato Digestivo, de 26 de julio de 2018, refiere, como diagnóstico del paciente, el de “*coledocolitiasis*”.

-Informe preanestesia, del Servicio de Anestesia y Reanimación del HSP, de 26 de julio de 2018, así como informe de CPRE del Servicio de Aparato Digestivo, de 27 de julio de 2018.

-Informe de alta de hospitalización, del mismo Servicio de Aparato Digestivo, de 28 de julio de 2018, en el que se explica que el paciente ingresó “*por dolor abdominal y coluria, colecistectomía reciente*”.

Se realiza TAC abdominal que resulta normal y en analítica presenta colestasis, por lo que se realiza CPRE con esfinterotomía endoscópica y extracción de cálculo biliar. El paciente permanece estable, con mejoría clínica y buena tolerancia oral. Se decide alta a domicilio”.

B) El reclamante acompaña también a su solicitud los resultados de diversos análisis de sangre y electrocardiogramas.

C) Por último, a la reclamación, se adjunta el documento, elaborado por el Servicio de Cirugía del Hospital V.L.M, y suscrito por el paciente el 10 de abril de 2018, en el que éste presta su **consentimiento informado** a la operación de colecistectomía laparoscópica a la que fue, finalmente, sometido el 2 de mayo de 2018, en esa Clínica. Entre los “*riesgos generales y específicos del procedimiento quirúrgico*” al que iba a ser sometido, al interesado se le informó expresamente de que, aunque se encontraba entre los “*riesgos poco frecuentes y graves*” de la operación, uno de ellos era el de sufrir una “*pancreatitis*”. Igualmente, se le indicó que “*estas complicaciones habitualmente se resuelven con un tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia*”.

Segundo

En fecha 28 de enero de 2018, la Sra. Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud dictó Resolución por la que tuvo por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial y nombró Instructor del mismo.

La Resolución fue comunicada al interesado el 30 de enero de 2018, mediante oficio del Instructor, de 28 de enero de 2018, en el que se le informó de los extremos exigidos por el artículo 21.4, segundo párrafo, de la Ley 39/2015, de Procedimiento administrativo común (LPAC´15).

El 28 de enero de 2018, la Secretaría General Técnica de la Consejería, mediante comunicación interna, se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-HSP, solicitando “*cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el HSP*” al interesado.

Y ese mismo día, el Instructor recaba de la Clínica V.L.M. los “*antecedentes*”, “*datos e informes que estimen de interés*”, el “*informe emitido por los facultativos intervinientes en la asistencia*” y “*cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión de la reclamante*”, así como, identificación de la póliza de seguro que tuviera suscrita la entidad requerida.

Tercero

1. Documentación remitida por la Clínica V.L.M.

En fecha 7 de febrero de 2019, la Clínica V.L.M. remitió, a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, la documentación solicitada, incluyendo la historia clínica del paciente. En buena medida, esa documentación coincide con la que ya había sido acompañada por el reclamante, añadiéndose los siguientes antecedentes de interés:

-Informe de consulta de 10 de abril de 2018, donde el Dr. U.F. expone al paciente que, a la vista de haber sufrido “*cólicos de repetición de un año de evolución*”, propone someterle a cirugía (colecistectomía laparoscópica), para lo cual le entrega “*DCI que firma*”, adjuntándose el documento de consentimiento informado, de 10 de abril de 2018, al que se ha aludido con anterioridad.

-Hoja de ingreso del paciente, de 2 de mayo de 2018.

-Protocolo de intervención, de 2 de mayo de 2018, así como Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo de la Clínica V.L.M, de 2 de mayo de 2018, que describen la cirugía practicada al paciente (“*colecistectomía laparoscópica*”) desde las 10:30 a las 12 horas de ese día.

-Petición de analítica de sangre, del mismo día 2 a las 11:44 horas. Solicitud de estudios anatomopatológicos, también del 2 de mayo de 2018.

-Órdenes médicas del mismo 2 de mayo de 2018 (11:45 horas, 18:43 horas, 22:52 horas), relativas a la medicación prescrita y suministrada al paciente ese día.

-Hoja de evolución del paciente, desde el 2 de mayo de 2018 (a las 10:30 horas, momento de su ingreso) hasta el 3 de mayo de 2018 (10:30 horas), momento en que se le diagnostica una “*pancreatitis edematosa*”, que motiva su traslado al HSP.

-Control de “*constantas*” de ese mismo periodo, y nota de “*incidencias Enfermería*”. La nota describe que, “*nada más ingresar por dolor*”

-Análisis de sangre, del 3 de mayo de 2018 a las 8:06 horas. Petición de TAC abdómino-pélvico, del mismo día.

-Consentimiento informado para la administración de contraste yodado, de 3 de mayo de 2018, en el que el propio paciente, que lo suscribe, afirma carecer de alergias.

2. Documentación remitida por el Servicio Riojano de Salud (Área de Salud de La Rioja).

El 14 de febrero de 2019, EL Sr. Jefe del Área de Salud de La Rioja remite la historia clínica del paciente, así como los informes emitidos por los Dres. Sres. H.F, A.M, A.I. y G.A.M.

A) Por lo que se refiere a la historia clínica, el Área de Salud envía en lo sustancial la misma documentación ya aportada por el solicitante y por la Clínica V.L.M. Además, resultan de interés los siguientes documentos:

-Nota, del 10 de enero de 2018, de la Dra. C.O, del HSP de Logroño, que describe el resultado de una ecografía abdominal realizada al interesado, y cómo en ella la “*vesícula biliar*” presenta “*pequeñas inflamaciones ecogénicas en su interior, que dejan sombra acústica, compatible con litiasis, sin componente inflamatorio.*”

-Nota, del Servicio de Cirugía Digestiva y Plástica, del HSP de Logroño, de inclusión del paciente en lista de espera quirúrgica para la realización de una colecistectomía laparoscópica, de 29 de enero de 2018.

-Consentimiento informado firmado por el paciente el 29 de enero de 2018, relativo a la operación de colecistectomía laparoscópica a que iba a ser sometido. En dicho documento de consentimiento informado, se incluye, como riesgo asociado a ese procedimiento quirúrgico, el de sufrir una “*pancreatitis*”, entre otras complicaciones, y que tal riesgo, de verificarse, puede requerir “*tratamiento médico*”, o incluso “*una reintervención, generalmente de urgencia*”, llegando a advertirse que, “*excepcionalmente, puede producirse la muerte*”.

-*Notas de asistencia* que describen las actuaciones realizadas en el HSP entre las 16:57 horas del 3 de mayo de 2018 (día en que el interesado ingresa en dicho HSP), y el 16 de mayo de 2018 (momento en el que se le da el alta médica).

-*Notas de asistencia* relativas al día 30 de mayo de 2018, en el que se le practica una revisión médica y se analiza el estado del paciente tras la intervención realizada el día 2 de mayo de 2018.

-*Notas de asistencia* de los días 26 a 28 de julio de 2018, en los que al interesado le fue diagnosticada en el HSP una “*coledocolitiasis*”.

B) El Área de Salud de La Rioja envía también informes de cuatro Facultativos que atendieron, en distintas fechas, al reclamante. Así:

-En relación con el diagnóstico de la patología que presentaba el paciente (“*colecistitis*”) y de la técnica quirúrgica que le fue recomendada (“*colecistectomía*”), el Dr. H.F, en su informe de 31 de enero de 2019, explica que:

“El día 29 de enero de 2018, el paciente es valorado en CEX (del Servicio) de Cirugía General, derivado desde (el Servicio de) Atención Primaria. Acude refiriendo cuadro clínico de varios meses de evolución de dolor abdominal, precisando valoración por (el) Servicio de Urgencias del HSP en varias ocasiones. No refiere antecedentes patológicos, alergias medicamentosas conocidas, ni antecedentes quirúrgicos. Se realiza exploración física abdominal, sin hallazgos patológicos.

Tras completar anamnesis, exploración física y valoración de pruebas complementarias (analítica sanguínea y ecografía abdominal), se indica colecistectomía electiva, dado que la clínica referida por el paciente puede ser atribuida a la presencia de colelitiasis descrita en la ecografía abdominal realizada. El paciente es informado de la naturaleza de su patología,

intervención quirúrgica indicada y los riesgos típicos asociados, que comprende y acepta, firmando en documento de consentimiento informado, incluyéndose, asimismo, en lista de espera quirúrgica con prioridad media”.

-Sobre la asistencia en el Servicio de Urgencias del HSP al solicitante el 30 de abril de 2018, obra el informe de la Dra. A.I, de 14 de febrero de 2019, que, además de describir los resultados de la analítica sanguínea del paciente de 30 de abril de 2018, expone que el paciente:

“Fue atendido en (el Servicio de) Urgencias el 30/04/2018 (colecistectomía laparoscópica programada para el 02/05/2018), por dolor abdominal por la Dra. T, siendo reevaluado por mí a las 6h36. El paciente refería mejoría clínica, con analgesia administrada, decidiéndose alta domiciliaría, dada la estabilidad y la normalidad de las pruebas realizadas, indicando signos de alarma y control por su Médico de Atención Primaria”.

-Según se ha señalado, el paciente volvió a acudir al Servicio de Urgencias el día 1 de mayo de 2018. Pues bien, la Dra. A.M. indica al respecto que:

“En la fecha referida, valoré al paciente junto con la (Médico) Residente a mi cargo ..., por dolor abdominal, el paciente ya había sido diagnosticado de cólicos biliares y estaba pendiente de colecistectomía. En (el Servicio de) Urgencias, se le realizó analítica, radiografía y ecografía, se le administró analgesia que resultó eficaz y en el momento del alta el paciente estaba asintomático. Se le pautó analgesia para continuar tto. (tratamiento) en su domicilio.

Se confirmó con pruebas y evolución el diagnóstico de "cólico biliar no complicado", asimismo se le explicó los signos de alarma para volver (al Servicio de) Urgencias y se derivó a CEX (del Servicio) de Cirugía, según estaba citado.

La actuación en (el Servicio de) Urgencias, tanto por la parte de la Dra. Residente, como por la mía, entiendo que fue correcta”.

-Por su parte, el Dr. G.A.M, informa sobre la estancia del paciente en el HSP entre el 3 y el 16 de mayo de 2018:

“Paciente que ingresa en nuestro Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, procedente de otro Centro, por presentar pancreatitis aguda después de colecistectomía. Durante el ingreso en nuestro Servicio, el paciente evolucionó favorablemente. Fue visto por mí el día 16 de junio (sic) de 2018, al pasar visita, encontrándose bien, sin dolor abdominal, con tránsito digestivo normal y normalización enzimática, por lo que procedí a darle el alta hospitalaria, con fecha de revisión en consultas externas”.

Cuarto

Mediante diligencia de 14 de febrero de 2019, el Instructor del expediente de responsabilidad patrimonial solicitó, de la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, que, *“por el Médico inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación”.*

A su vez, esta petición da lugar a la remisión de dos informes: i) el “*informe médico pericial*”, elaborado el 4 de marzo de 2019, a petición de la Aseguradora del SERIS, por la Consultora médica P, suscrito por el Dr. B.Y; y ii) el informe de la Inspección médica del SERIS, suscrito el 25 de mayo de 2019, por la Dra. I.V, Médica inspectora.

1. Informe médico pericial de P.

A) En su informe, el Sr. B.Y. define los conceptos de “*colecistitis*” (presencia de cálculos en la vesícula biliar) y “*coledocolitiasis*”, afirmando la siguiente:

*-En cuanto a la **colecistitis**, que “la litiasis biliar es una de las enfermedades más extendidas en nuestro medio. Su incidencia es mayor en el sexo femenino y va aumentando con la edad, de tal modo que se considera que la tienen entre el 25 -30 % de las mujeres mayores de 70 años. Estos cálculos pueden pasar asintomáticos durante mucho tiempo. Hay consenso científico sobre no hacer nada a los pacientes que presentan una colecistitis asintomática que se descubre como hallazgo casual en alguna exploración ecográfica efectuada por otras causas, pues las complicaciones y mortalidad de la evolución espontánea de la enfermedad se iguala con las complicaciones graves y mortalidad de la cirugía. La prueba para el diagnóstico de la litiasis vesicular es, por excelencia, la ecografía abdominal ...”.*

*-En cuanto a la **coledocolitiasis**, que “se define la coledocolitiasis como la presencia de cálculos en la vía biliar. Estos cálculos proceden comúnmente (aunque no siempre) de la vesícula biliar que los ha expulsado y hecho progresar hasta las vías biliares. El 10 % de los pacientes que tiene cálculos en la vesícula biliar los tienen también en el colédoco, aunque este porcentaje ha ido descendiendo desde que tenemos una prueba como es la ecografía, que detecta los cálculos vesiculares y se operan precozmente. Los cálculos tienen más posibilidades de pasar a la vía biliar cuando se trata de colecistitis de larga evolución. La extensión de cirugía de la colecistectomía por técnica laparoscópica ha hecho que muchos -pacientes oligosintomáticos se operen de manera precoz, por lo que la frecuencia de la colecistitis va disminuyendo. En nuestro medio, un 7 % de las colecistitis tienen ya una coledocolitiasis asociada en el momento del diagnóstico. Una pregunta que se le hace al perito con frecuencia es determinar en qué momento pasaron los cálculos al colédoco. No es posible responder a esta pregunta con seguridad. Es posible que el paso coincida con un episodio de dolor cólico, pero la mayor parte de las veces el paso es completamente asintomático y los cálculos pueden estar un tiempo indefinido en la vía biliar antes de dar algún síntoma”.*

B) Aclarados estos conceptos médicos, así como las técnicas más comunes de diagnóstico de estas patologías y sus síntomas más frecuentes, el Perito médico analiza la reclamación del interesado y, como “*comentario inicial*”, expone:

“No entiendo muy bien qué y porqué reclama este paciente, habida cuenta que no encuentro datos de mala praxis, sino tan solo que el paciente no entiende que se presentó una evolución habitual de la colecistitis, como es el paso de un cálculo de la vesícula a la vía biliar, y el desarrollo de una pancreatitis aguda, por suerte muy leve, coincidiendo con la fecha de su cirugía, pero completamente independiente de ella. Ya desde ahora debe quedar claro que la pancreatitis no fue consecuencia de la cirugía, sino que posiblemente se desarrolló unos días antes, y simplemente fue intervenido en el periodo inicial de la misma, algo, por suerte, muy favorable para su evolución..”

C) A partir de ese comentario general, el perito da respuesta a diferentes cuestiones. La primera es si pudo haber un **“retraso en el tratamiento quirúrgico de la colelitiasis”**, afirmando:

“La enfermedad fue diagnosticada en enero del 2018 y, sin embargo, se programó la cirugía para primeros de mayo, dejándola evolucionar durante 5 meses. ¿es esta la causa de que pasaran los cálculos a la vía biliar? No podemos ni afirmarlo ni negarlo, por cuanto el paso de los cálculos de la vesícula a la vía biliar puede ser completamente asintomática y, además, permanecer en la vía biliar un tiempo muy variable hasta dar sintomatología. Es lógico (pero en absoluto seguro) pensar que los cálculos pasaron con el episodio de dolor cólico del 30/4/2018, cuando acude (al Servicio de) Urgencias. Pero debemos recordar que en ese episodio se realizaron analíticas y con amilasa y lipasa y una ecografía y todas las pruebas eran normales. Además, estando tan inminente la fecha de la cirugía (para dos días después) y no habiendo signos de alarma, lo lógico es esperar a la cirugía programada”.

D) El hecho de ser incluido el paciente en lista de espera, es valorado por el Perito médico del siguiente modo:

“La colelitiasis se considera una patología muy adecuada para meterse en lista de espera, que es la forma que tiene la sanidad pública y privada de gestionar la patología no urgente. Sabemos que los cálculos tardan mucho tiempo en formarse y que permanecen asintomáticos un larguísimo periodo de tiempo; es más, sabemos que la mitad de la población con cálculos vesiculares nunca tendrá ninguna manifestación ni sintomatología relacionada con los mismos. Los síntomas de la colelitiasis son muy llevaderos, y tan solo un 10% de los casos debutan con un cuadro agudo de colecistitis colangitis y pancreatitis. Pero, como nunca se puede proveer al 100% la evolución de la enfermedad, los Médicos, en la primera consulta a cirugía, dejaron escrito que se le había explicado al paciente aquellos síntomas que son indiciarios de complicaciones relacionadas con la colelitiasis”.

E) Sobre la **posible relación entre la operación quirúrgica** a que fue sometido el paciente el 2 de mayo de 2018 (**“colecistectomía”**) y **la pancreatitis** que sufrió, el Perito médico razona que, en concreto, **“en este caso, parece que el paso de los cálculos, desde la vesícula a la vía biliar, debió ocurrir uno o dos días antes de la cirugía”**, esto es, coincidiendo con el episodio de grandes dolores que el paciente sufrió en los días 30 de abril y 1 de mayo de 2018. No obstante, como el propio Perito médico razona, la ejecución de cualquier colecistectomía entraña siempre un riesgo cierto de desencadenar una pancreatitis: **“En otros casos, hay una relación directa entre la cirugía y la pancreatitis. Esto es debido a que la cirugía manipula la vesícula, colocando pinzas en su pared, de tal modo que puede empujar un cálculo que, hasta entonces, estaba enclavado en el cístico, hasta el colédoco”**. Por ello, a pesar de que forma parte de esta técnica quirúrgica el adoptar las precauciones que el Perito describe (página 27 de su informe), **“siempre queda la posibilidad de que con la manipulación un cálculo pase a la vía biliar y luego, en días posteriores, se desarrolle una pancreatitis o una colangitis. Como esto es algo que está más allá del control por parte del Cirujano, viene como un riesgo típico de la técnica quirúrgica en el consentimiento informado”**.

F) Añade el Perito médico que también debe analizarse si, antes de la cirugía del día 2 de mayo de 2018, **debió de haberse practicado, o no, una prueba diagnóstica adicional (una colangio-resonancia)** y, a este respecto, afirma:

“La colangio-resonancia no se pide de rutina en la coledocolitiasis salvo que haya sospecha de patología de la vía biliar bien por alteración de los fermentos de colostasis (GGT y FA) sin causa conocida o si hay dilatación de la vía biliar. En las exploraciones que se realizaron en urgencias el día 30/4/2018 no se apreciaron en la analítica ni en la ecografía (que ya hemos comentado es extraordinariamente eficaz en observar la dilatación de la vía biliar) ninguna alteración, por lo que podemos afirmar con seguridad que la colangio-resonancia en ese momento no estaba indicada. Además, en cualquier caso, la colecistectomía con o sin resonancia era obligada. Debemos recordar que la colangio-resonancia no puede detectar cálculos muy pequeños”.

G) Otra cuestión que suscita la presente intervención médica es **si el Cirujano que practicó la colecistectomía debió de haberse percatado necesariamente de que el paciente estaba sufriendo una pancreatitis**, cuestión a la que el Perito contesta negativamente:

“El páncreas es un órgano retroperitoneal de forma que no tenemos visión directa sobre él durante la laparoscopia. Podría detectarse cierto grado de edema en los tejidos peri-pancreáticos; pero, salvo que se trate de una pancreatitis necro-hemorrágica grave (que no es el caso), la pancreatitis no puede ser detectada en sus fases iniciales con laparoscopia. Por otro lado, el Cirujano no describe que hubiera un cístico grande, dilatado, que hiciera sospechar que un cálculo ha podido pasar a su través hasta la vía biliar”.

H) El Perito médico **descarta también que se incrementase el riesgo quirúrgico al operar en medio de un brote de pancreatitis leve**, señalando, con cita de literatura médica, que, en casos de pancreatitis aguda leve, es preferible una colecistectomía laparoscópica temprana a una tardía, pues: *“no hay pruebas de un mayor riesgo de complicaciones después de la colecistectomía laparoscópica temprana. La colecistectomía laparoscópica temprana puede acortar la estancia hospitalaria total en los pacientes con pancreatitis aguda leve. Si hay Establecimientos apropiados y Expertos disponibles, la colecistectomía laparoscópica temprana parece preferible a la colecistectomía laparoscópica tardía en los pacientes con pancreatitis aguda leve”.*

I) Finalmente, para el Perito médico informante, la **pancreatitis no puso en riesgo la vida del paciente**: *“se trató de una pancreatitis leve”* con arreglo a los parámetros médicos de medición (*Criterios de Ranson* y *Clasificación de Atlanta*), dato que, según el Perito médico informante, *“coincide con la buena evolución del paciente que no precisó de soporte hemodinámico y se le pudo dar de alta en 15 días”.*

J) Tampoco puede admitirse, según el Perito médico informante, que se produjera una **tardanza en solucionar la coledocolitiasis o un retraso indebido en su tratamiento**, pues *“los Cirujanos estudiaron convenientemente al paciente mientras estuvo ingresado, y realizaron una colangio-resonancia que fue poco demostrativa en*

cuanto al diagnóstico de coledocolitiasis con calculo impactado en la papila". Refiere en este punto cómo (según las notas de la Dra. F.L. correspondientes al día 30 de mayo de 2018 que constan en el folio 146 del expediente), esa colangio-resonancia no reveló "evidencia de coledocolitiasis" y puso de manifiesto que "la vía extrahepática en tercio medio y distal es de morfología y calibre normal", por lo que, de tales datos, el Perito médico informante extrae la siguiente conclusión:

"De esta exploración hay que destacar que el calibre de la vía biliar en ese momento era normal y no había evidencia de coledocolitiasis. Es decir, con esta prueba, se excluye (dentro de las limitaciones que hemos comentado al hablar, de metodología científica) que hubiera patología en la vía biliar. Esto no es nada extraño, la mayor parte de las pancreatitis leves son debidas al paso de un cálculo por la papila, y no a su enclavamiento, y luego la reacción pancreática sigue una evolución mucho más larga y ya independiente de la causa que le dio origen".

K) Finalmente, respecto a la **alergia del paciente a los contrastes iodados**, señala el Perito médico informante que existe un "2,5% de la población con reacciones a estos preparados" y que "es por este riesgo que se da un consentimiento informado al paciente donde constan los posibles efectos adversos de este tipo de contrastes", consentimiento informado que, efectivamente, el paciente prestó. En todo caso, "el paciente fue convenientemente estudiado por alergia" y "el hecho de ser alérgico al contraste no invalida el uso de otro tipo de contraste".

L) Con base en lo expuesto, el Perito médico de *P.* enumera las siguientes conclusiones:

- 1. El paciente fue diagnosticado de una colelitiasis sintomática no complicada y puesto en lista de espera quirúrgica, este es el procedimiento habitual dado que la colelitiasis se considera una patología cuyo tratamiento se puede diferir.*
- 2. Cuando acudió (al Servicio de) Urgencias, se hicieron los estudios de acuerdo a protocolo y se diagnosticó de cólico biliar no complicado, y este tipo de patología se puede tratar medicamente y diferir la cirugía.*
- 3. Cuando acudió por segunda vez se descartaron procesos muy urgentes (colecistitis colangitis o pancreatitis) y, dada la inminencia, de la cirugía (dos días después), se decidió seguir el programa previsto, lo que parece prudente.*
- 4. Retrospectivamente, podemos deducir que este momento es cuando, más probablemente, sucedió el paso del cálculo desde la vesícula a la vía biliar (y, por eso, no había alteración analítica ni en pruebas de imagen).*
- 5. El paciente se operó en el momento en que se estaba iniciado la pancreatitis por enclavamiento de ese cálculo en la papila.*
- 6. Debe quedar claro que el inicio de la pancreatitis es coincidente con la cirugía, pero que la cirugía no es causa de pancreatitis. La cronobiología del proceso así lo demuestra.*

7. El diagnóstico y manejo de este problema, una de las posibles evoluciones de la coledocolitiasis, fue rápido, muy eficaz y adecuado.

8. Se realizaron, durante su ingreso, todas las pruebas necesarias para diagnosticar coledocolitiasis persistente, pero fueron negativas. En ese momento, la vía biliar era de calibre normal.

9. Con posterioridad, el paciente desarrolló un cuadro de ictericia obstructiva y fue entonces cuando se pudo diagnosticar y tratar convenientemente la coledocolitiasis.

10. El paciente toma mediación antiepiléptica, uno de cuyos efectos secundarios es dolor abdominal.

M) El Perito finaliza con la siguiente **conclusión final**: “la actuación de los Médicos del HSP y los Cirujanos y Médicos de la Clínica V. es adecuada a la lex artis”.

2. Informe de la Inspección médica.

La Inspección médica, en su informe de 24 de mayo de 2019, coincide sustancialmente con el criterio técnico del Dr. B.Y, y formula las siguientes **conclusiones** a la vista de los datos obrantes en el expediente:

“1. Revisada la historia clínica, se ha podido constatar, tanto en las atenciones prestadas en (el Servicio de) Urgencias del HSP como durante sus periodos de ingreso hospitalario, que las crisis de dolor fueron atendidas y tratadas adecuadamente, tal y como queda suficientemente probado en la documentación de "incidencias de Enfermería", tanto en la cadencia como en la progresiva utilización de fármacos de mayor efectividad, en función de la demanda del interesado, pero teniendo presente los protocolos del dolor y recomendaciones terapéuticas del propio fármaco.

2. En cuanto a su condición de "alérgico al contraste yodado", sobra decir que es una circunstancia personal, sin relación causal con nada de lo acontecido en este proceso.

3. Los episodios de cólico biliar no complicados fueron atendidos correctamente y se pautó el tratamiento resolutivo adecuado, que es la cirugía programada con el fin de llevarla a cabo en condiciones óptimas.

4. Dicho todo lo anterior, entendemos que la base de esta reclamación es la pancreatitis sufrida como **proceso agudo**. No se ha encontrado ningún informe o resultado de exploración complementaria que califique dicha pancreatitis como "severa" o "crónica". Se resolvió adecuadamente, sin consecuencias futuras para el paciente (alta hospitalaria sin indicadores de pancreatitis activa). No existe **secuela** en este sentido.

5. En cuanto a la pancreatitis aguda posquirúrgica sufrida:

-Como queda reflejado en el apartado de **Consideraciones médicas** de este escrito, la pancreatitis no necesariamente tuvo que estar provocada por el acto quirúrgico en sí mismo (concurrían también otras circunstancias), pero, no obstante, es una de las complicaciones posibles recogidas en el documento de consentimiento informado de colecistectomía laparoscópica que el paciente firmó.

*-(Es de) recalcar, a la vista de la historia clínica, que, en los episodios de dolor sufrido (cólico biliar no complicado) previos a la cirugía, se descartó, mediante analítica, ecografía y no correspondencia clínica, la existencia de pancreatitis, pero, aunque contempláramos que, en las horas previas a la intervención, pudiera haberse iniciado un cuadro de pancreatitis en relación con su patología biliar, persiste la indicación de colecistectomía como parte del tratamiento (apartado de **Consideraciones médicas**).*

El Informe termina afirmando como **conclusión** que:

“Por lo expuesto, podemos concluir que no existe, en este caso, efectiva realidad de daño o perjuicio, no hay secuelas, los padecimientos del paciente están en relación con su patología de base (patología biliar) y se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada ha sido correcta y que se ha actuado conforme a la lex artis”.

Quinto

Concluida la fase de instrucción, se comunica al interesado, mediante escrito de 24 de mayo de 2019, notificado el 21 de junio, la apertura del trámite de audiencia, así como su derecho a formular alegaciones y presentar los documentos que estime por conveniente. El reclamante no formula alegación alguna.

Sexto

Con fecha 7 de agosto de 2019, el Instructor del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Séptimo

La Secretaria General Técnica de la Consejería actuante, el 9 de agosto de 2018, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, el expediente de responsabilidad patrimonial para su preceptivo informe, que es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el 14 de agosto de 2019.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente en fecha 14 de agosto de 2019, que ha tenido entrada en este Consejo el día 20 de agosto de 2019, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el día 5 de septiembre de 2019, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida en la convocatoria señalada en el encabezamiento.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del dictamen del Consejo Consultivo

1. A tenor de lo dispuesto en el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma.

A estos efectos, el órgano instructor, en el plazo de diez días a contar desde la finalización del trámite de audiencia, remitirá al órgano competente para solicitar el dictamen una propuesta de resolución, que se ajustará a lo previsto en el artículo 91, o, en su caso, la propuesta de acuerdo por el que se podría terminar convencionalmente el procedimiento.

En el mismo sentido, el artículo 81.2 LPAC'15 prescribe que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja (CAR), el art. 11, g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos

de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, como acabamos de exponer, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros. En este caso, el reclamante cuantifica el importe de su indemnización en 100.000 euros.

2. En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 LPAC'15 dispone que aquél deberá pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización de acuerdo con los criterios establecidos en esta Ley.

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 32.1 y 32.2 LRJSP'15), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados 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, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y debiendo existir una relación de causa a efecto, directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración; así, como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

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

3. Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación *de medios* y *no de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser

imputados a la Administración o, lo que es lo mismo, no tendrán la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

4. Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar.

Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

5. Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la Ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la Ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

6. En relación con el criterio de imputación objetiva aplicable en materia de responsabilidad sanitaria, debe recordarse que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente, y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora de cualquier resultado negativo, el Tribunal Supremo (STS -Sala de lo Contencioso-Administrativo- de 13 noviembre 2012) tiene sentado el criterio de que:

“La responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, mas, en ningún caso, como garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento en que se produce el hecho acaecido pone razonablemente a disposición de la Medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario, no se deriva tanto del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles.

En otros términos, que la Constitución determine (en su artículo 106.2 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», lo que es reiterado en la Ley 30/1992,

artículo 139.2 con la indicación que «en todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas», no significa que la responsabilidad objetiva de las Administraciones públicas esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido de que quien lo padece no tenga obligación de soportarlo por haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento”.

7. Pues bien, cabe recordar que *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de responsabilidad a la Administración sanitaria, consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente según el estado actual de la ciencia al respecto y los vigentes protocolos profesionales de actuación. Como recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007:

*“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente..., aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste” .*

Advirtamos que la tesis contenida en el inciso final del párrafo transcrito coincide con la doctrina mantenida en nuestro dictamen D.99/04, tesis que, como se ha señalado antes, hemos matizado en dictámenes posteriores en el sentido de que no se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto, por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél.

8. Como consideración adicional, ha de recordarse que, según un principio general (consignado, por ejemplo) en el art. 217.2 Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), es carga del reclamante la acreditación de la concurrencia de los requisitos de los que nuestro ordenamiento jurídico hace nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración (por todas, Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 2 julio de 2010, R. casación 2985/2006).

9. En otro orden de cosas, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria de la Administración, es preciso analizar también si quien recibe un servicio de esa

Administración sanitaria ha prestado su consentimiento informado a las técnicas médicas que ésta pone en juego sobre él.

Como ha venido dictaminando este Consejo Consultivo (por todos, en sus recientes D.43/16, D.12/17 y D.37/17), el consentimiento informado venía ya contemplado en el artículo 10.5 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, ahora derogado y sustituido por el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y, por lo que afecta a la CAR, por la Ley riojana 2/2002 de 17 de abril, que también contempla el derecho del paciente a ser informado sobre el estado de su salud.

Dicha información es, pues, necesaria para toda actuación en el ámbito de la sanidad, comprendiendo, por lo tanto, todo proceder realizado con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. Ello es así porque el paciente tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Este criterio tiene su génesis en el Derecho privado, donde el consentimiento informado equivale a una cláusula, voluntaria y genérica, de exoneración de responsabilidad, aceptada por el paciente.

En principio, el mismo significado ha de otorgarse al consentimiento informado en el marco de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública. En tal campo, el presupuesto de este criterio es el de la existencia de una obligación prestacional (que aquí no deriva de un contrato sino de una relación jurídico pública), y equivale a una cláusula, voluntaria y genérica, de exoneración de dicha responsabilidad, por la cual el paciente asume los riesgos típicos de los que fue informado, de modo que, entonces, ha de entenderse que éste tiene el deber jurídico de soportar el daño en materia de responsabilidad sanitaria de la Administración, sino, como hemos señalado en otros dictámenes, que surge para el mismo la imposibilidad de imputar a la Administración el daño producido.

Esta cláusula tiene mayor alcance práctico que en el Derecho privado, porque la Administración pública no responde por culpa, sino objetivamente y, entonces, si no fuera por ella, deberá responder incluso habiendo cumplido escrupulosamente con su obligación prestacional que, en todo caso, es de medios y no de resultados.

Por ello, hemos recapitulado en otros dictámenes (cfr, por ejemplo, D.18/10 y D.40/15 y el ya citado D.43/16, entre otros), a propósito del consentimiento informado, que esta figura opera como criterio negativo de imputación objetiva cuando el paciente ha sido informado de los riesgos que presenta el tratamiento o la intervención que se propone,

presta su consentimiento a estos y, finalmente, adviene un daño de cuya eventual producción fue informado en su momento.

Pero también hemos recordado reiteradamente (cfr. dictámenes D.15/05, D.55/05, D.86/05, D.89/07 y D.40/15, entre otros) que el hecho de que conste por escrito la existencia del consentimiento informado prestado por el paciente puede no constituir, en ciertos casos, una causa de exoneración de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, pues el consentimiento informado no puede operar como una especie de salvoconducto que legitime todo evento dañoso ulterior.

Es a la luz de estas consideraciones como habrá de analizarse la reclamación formulada por el interesado.

Tercero

Sobre la inexistencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso

1. El reclamante, en síntesis, mantiene que había sido diagnosticado de cálculos biliares en el mes de enero de 2018, y que le había sido recomendado, por el Servicio de Aparato Digestivo del HSP, el someterse a una operación quirúrgica (“*colecistectomía laparoscópica*”), que se programó para ser realizada el 2 de mayo de 2018.

Tras haber acudido, en los días 30 de abril y 1 de mayo de 2018, al Servicio de Urgencias del HSP con fuertes dolores, la operación se realizó, el día previsto, en la *Clínica V.L.M.* El día siguiente, le fue diagnosticada una “*pancreatitis severa*”, que el reclamante considera producto de la propia operación, y de la que fue tratado, primero en la misma Clínica, y, desde el 3 de mayo de 2018 en el HSP, donde causó alta el 16 de mayo de 2018.

En definitiva, reprocha a la Administración sanitaria el haber sufrido una pancreatitis severa, de la que tardó casi tres semanas en recuperarse, y por la que reclama, a tanto alzado y sin mayor justificación, una indemnización de 100.000 euros.

2. La Propuesta de resolución del Instructor del expediente, de 7 de agosto de 2019, considera, por el contrario, que la pretensión contenida en el escrito de reclamación carece de los requisitos legales y jurisprudenciales para que pueda dar lugar a la obligación de indemnizar, basándose, sustancialmente, en tres motivos:

-El primero, consistente en que la asistencia sanitaria prestada al paciente, tanto en la *Clínica V.L.M.*, como en el HSP de Logroño (del SERIS) ha sido correcta y adecuada a la *lex artis*, no habiéndose acreditado, además, que la Administración sanitaria

haya incumplido su obligación de proporcionar la concreta prestación que el caso demandó;

-El segundo, atinente a la falta de aportación de prueba suficiente que permita mantener que la actuación de los profesionales ha sido desatinada, no deduciéndose tal hecho, además, de los informes emitidos con motivo de la reclamación, y siendo así que, por el contrario, de los mismos, resulta que la actividad sanitaria de los Servicios públicos fue, en todo momento, correcta. En palabras de la Propuesta, se hace *“necesario recordar que la carga de probar la existencia de un nexo causal entre el daño sufrido y la actuación de la Administración o de uno de sus agentes recae sobre el reclamante, siendo éste el que, al menos, debe aportar un principio de prueba que permita mantener que el daño es consecuencia del funcionamiento del servicio público”*.

-El tercero, concerniente a las explicaciones facilitadas a la paciente con carácter previo a la intervención, mediante la suscripción del documento de consentimiento informado que obra en el expediente.

3. Este Consejo Consultivo comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución, por cuanto, efectivamente, tal y como señalan, tanto los Facultativos que han conocido del proceso del reclamante, como la Inspección médica, tras el correspondiente diagnóstico, las intervenciones llevadas a cabo tanto en la Clínica *V.L.M*, como en el HSP, de Logroño, fueron realizadas de forma correcta y adecuada.

4. Lo primero que salta a la vista es la absoluta orfandad probatoria a la que el reclamante somete a todos los extremos de su pretensión, pues el interesado no absuelve su carga de probar la existencia de una defectuosa prestación de la asistencia sanitaria, la relación de causalidad entre la pancreatitis sufrida y la actuación de los Facultativos que le atendieron, o la cuantificación de la indemnización por los daños sufridos.

Frente a las explicaciones ofrecidas en los informes emitidos por los Dres. B.Y. (de la Consultora médica *P.*) e I.V. (de la Inspección médica de la Consejería actuante), el solicitante funda su petición, estrictamente, en sus propias afirmaciones y opiniones sobre la causa de la pancreatitis por él padecida, sin que tales apreciaciones subjetivas vengan respaldadas por ningún elemento probatorio objetivo.

Por lo demás, van a examinarse en los siguientes apartados de este Fundamento de Derecho, las conclusiones de los informes médicos relatados se fundan en hechos que constan puntualmente acreditados en el expediente tramitado con ocasión de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

5. En efecto, de este expediente, resulta que el demandante, según sus propias manifestaciones, venía sufriendo cólicos de repetición, al menos, desde abril de 2017, y así consta en el informe de consulta de la Clínica V.L.M, de 10 de abril de 2018. Prueba de ello es que ya había sido atendido, en varias ocasiones, por esta causa (informe del Servicio de Radiología del HSP, de 2 de enero de 2018; informe de CEX del HSP de 29 de enero de 2018; informe de asistencia en el Servicio de Urgencias del HSP, de 6 de febrero de 2018). En el informe de 29 de enero de 2018, por ejemplo, ya se alude a que el paciente presenta “*cuadro de dos meses de evolución de cólicos biliares que ha precisado de valoración en urgencias en varias ocasiones*”. Tras las diferentes pruebas practicadas (informe del Servicio de Radiología de 2 de enero de 2018, exploración física del paciente, análisis de sus antecedentes), el 29 de enero de 2018, el Dr. F.H, del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo le diagnostica una colelitiasis; y lo cierto es que el reclamante no discute la corrección de ese diagnóstico.

6. Ese mismo día, 29 de enero de 2018, el interesado causa alta en la lista de espera quirúrgica (con prioridad media), y, además, suscribió el primer documento de consentimiento informado relativo a la operación de colecistectomía laparoscópica, documento firmado también por el Dr. H.F, en el que, como se ha expuesto en los Hechos de este dictamen, se indica expresamente al paciente que uno de los riesgos de esa técnica quirúrgica es el de sufrir una pancreatitis, lo que, a su vez, puede exigir un tratamiento médico, o, incluso una reintervención de urgencia, así como, excepcionalmente, causar la muerte. En el mismo orden de cosas, el 10 de abril de 2018, el Dr. U.F, de la Clínica V.L.M, a la que fue remitido el paciente “*para cirugía de vesícula*”, le propuso cirugía, le explicó posibles complicaciones y le entregó un segundo documento de consentimiento informado (que, de nuevo, el paciente firmó), de contenido muy similar al de 29 de enero de 2018. El interesado no discute que la técnica quirúrgica recomendada fuera correcta; tampoco niega que prestara su consentimiento informado a ser sometido a ella, ni que tuviera conocimiento de sus posibles riesgos.

7. No cabe tampoco sostener que hubiera un retardo excesivo entre la fecha de diagnóstico (29 de enero de 2018) y la fecha en que se ejecutó la operación (2 de mayo de 2018).

Ese tiempo fue de apenas tres meses, plazo que, según razona el Dr. B.Y. es el propio de una intervención quirúrgica que, según la experiencia médica, y habida cuenta lo limitado de los recursos disponibles en el sistema de salud, no se considera, *a priori*, como urgente, porque, en la mayoría de los casos, los cólicos biliares permanecen asintomáticos durante mucho tiempo.

En cualquier caso, como la evolución de los cólicos biliares (y su posible paso de la vesícula a las vías biliares) es imprevisible, al paciente, que presentaba un “*cólico biliar no complicado*”, se le indicó, ya en la primera consulta en el Servicio de Cirugía General

del HSP (29 de enero de 2018), que, *“si presentase alguna modificación de su situación clínica, póngase en contacto con su médico de cabecera, quien decidirá si debe acudir a nueva evaluación por la consulta de cirugía o por el servicio de urgencias”*.

Y parecidas consideraciones le fueron transmitidas cuando, el 6 de febrero de 2018, acudió al Servicio de Urgencias, por un *“dolor epigástrico”* que remitió con tratamiento de ibuprofeno.

Las conclusiones de la Consultora médica P. vienen confirmadas por el hecho de que el paciente no comenzó a sufrir dolores muy grandes hasta pocos días antes de la propia operación, en torno a los días 30 de abril y 1 de mayo de 2018, según resulta de los correspondientes informes de asistencia de Urgencias

8. Centrándonos en este punto, tanto el día 30 de abril, como el 1 de mayo de 2018 (fechas en que el reclamante acudió al Servicio de Urgencias del HSP), al interesado le fue prestada una asistencia adecuada.

Le fueron prescritos analgésicos que hicieron que remitieran los dolores que presentaba (motivo por el que, en los dos días se le dio de alta, aunque indicándole los signos de alarma a los que tenía que estar atento). Además, como recuerda el Dr. B.Y, le fueron realizadas diversas pruebas (dos radiografías abdominales, dos analíticas sanguíneas, una ecografía abdominal) que descartaron la existencia de imágenes de litiasis biliares claras, o de cualesquiera otras alteraciones que obligaran a descartar la cirugía que estaba programada para el mismo día 2 de mayo de 2018.

Es muy probable (y retrospectivamente es una explicación enteramente verosímil, según los informes médicos obrantes en el expediente) que esos dolores tuvieran como causa el paso de algún cálculo biliar de la vesícula a las vías biliares, y que fuera en ese momento cuando se desencadenó la pancreatitis leve que el actor sufrió.

Pero, aun si ese fuera el caso (lo que no tampoco seguro, y no es posible saberlo con certeza), la práctica de la operación ya programada (colecistectomía laparoscópica) no hubiera estado desaconsejada, pues no está contraindicada en situaciones tempranas de pancreatitis aguda.

Sea como fuere, ni las pruebas practicadas el 30 de abril y el 1 de mayo de 2018 sugerían alteración alguna en las vías biliares, ni pusieron de manifiesto que se hubiera producido tal paso de un cálculo; ni esa evidencia se alcanzó siquiera después, ya en el curso de la cirugía, pues, como señala el Dr. B.Y, el Cirujano no describió la existencia de un *“cístico grande, dilatado, que hiciera sospechar que un cálculo ha podido pasar a su través hasta la vía biliar”*; del mismo modo que la pancreatitis tampoco *“puede ser detectada en sus fases iniciales con laparoscopia”*.

En definitiva, ante la situación del paciente, y a la vista de las pruebas practicadas, el reclamante estaba en situación de que le fuera practicada la operación programada, como así sucedió.

9. Por lo que hace a la propia ejecución de la colecistectomía laparoscópica, ninguna prueba aporta el reclamante que permita sostener que se realizara de modo defectuoso o incorrecto.

El hecho de que al interesado se le manifestara tras la operación una pancreatitis (pancreatitis que muy bien pudo haberse desencadenado en los dos días previos, aunque sus síntomas se hicieran más evidentes con el paso de las horas) no constituye, por sí, indicio alguno de que la técnica quirúrgica fuera defectuosa. De hecho, la propia técnica de la colecistectomía -que inevitablemente comporta una manipulación de la propia vesícula biliar- incrementa el riesgo de que un cálculo se desprenda de la vesícula y pase a las vías biliares, desencadenando, entre otras posibles consecuencias, una pancreatitis; y, por ello, precisamente, ese es uno de los riesgos típicos de los que, hasta por dos veces, se le informó al paciente, en los días 29 de enero y 10 de abril de 2018.

Como se ha señalado ya, el cirujano, que intervino mediante laparoscopia, tampoco pudo haber detectado que el paciente estuviera sufriendo una pancreatitis en su estadio inicial.

En suma, más allá de que la pancreatitis es un *riesgo típico* (y, en este caso, consentido e informado) de la colecistectomía laparoscópica, incluso aunque se ejecute técnicamente de un modo perfecto, no existe evidencia de que la intervención del 2 de mayo de 2018 se desarrollara inadecuada o defectuosamente (infracción de la *lex artis*) o de que concurra siquiera *relación causal* entre la actuación administrativa y el daño sufrido por el paciente

10. Una vez concluida la operación, dado que el paciente estuvo refiriendo a lo largo de los días 2 y 3 de mayo de 2018, que sufría muchos dolores y, ante la sospecha, reforzada por la analítica que se le practicó a las 8:06 del día 3, de que pudiera estar sufriendo una pancreatitis, la Clínica *V.L.M.* decide trasladarlo, en pocas horas, al HSP. El reclamante fue dado de alta en la citada Clínica a las 14:02 horas del día 3 de mayo de 2018, apenas 24 horas después de haber concluido la operación a que había sido sometido.

En este caso, no puede ponerse en duda, por tanto, la diligencia de la Clínica *V.*, ni tampoco la de los diferentes Servicios del HSP que, entre el 3 y el 16 de mayo de 2018, sometieron al paciente al tratamiento y pruebas diagnósticas que se recogen en las “*Notas de asistencia*” (observaciones de Enfermería y de evolución médica), así como en el informe del Servicio de Radiología de 14 de mayo de 2018, como son varios análisis de sangre, unas TACs, una colangio-resonancia y una resonancia magnética de colon.

Siendo su evolución favorable, finalmente, el 16 de mayo, el paciente es dado de alta, lo que evidencia que el tratamiento al que fue sometido para subvenir a la pancreatitis que padecía fue igualmente adecuado.

11. En cuanto a la alergia que el actor padece a los contrastes yodados (alergia que no es infrecuente) se trata, como es fácil advertir, de una circunstancia en cuya causación la Administración sanitaria carece de responsabilidad por corresponder a la idiosincrasia propia del paciente.

No obstante, al interesado, al ser recabado su consentimiento para ser sometido el 3 de mayo de 2018 a una prueba de contraste en el HSP, se le preguntó si sufría alguna alergia, a lo que él contestó que no. Por lo demás, tal alergia a los contrastes iodados no impide la práctica de esas pruebas por otros medios, como indica el informe del Dr. B.Y.

12. Varios meses después de su alta hospitalaria, el interesado, en el mes de julio de 2018, sufrió nuevos dolores abdominales, sudoración, y vómitos, síntomas por los que acudió al Servicio de Urgencias del HSP los días 23 y 26 de ese mes.

Tras practicársele, el día 26, una analítica de sangre, un TAC y una ecografía abdominal, se le diagnostica una coledocolitiasis, por la que es sometido, el día siguiente, 27 de julio, a una “*colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CRPE)*”, que es, según el Dr. B.Y, “*una intervención mixta, endoscópica y radiológica, utilizada para estudiar y, principalmente, tratar las enfermedades de los conductos biliares y del páncreas*”. En el curso de la CRPE, se produjo la salida espontánea de un cálculo biliar.

La evolución posterior del paciente fue positiva, por lo que, al día siguiente, 28 de julio de 2018, fue dado de alta.

En su escrito de reclamación, el interesado no formula ninguna petición en relación con esa nueva actuación médica -de la que no hace cuestión- pero este Consejo considera oportuno reseñarla aquí, porque confirma que el proceder de la Administración para con el paciente ha sido en todo momento correcto y ajustado a la *lex artis*.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse su actuación a la *lex artis ad hoc*.

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

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero