

En Logroño, a 27 de febrero de 2020, 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. Enrique de la Iglesia Palacios, D. Pedro María Prusén de Blas y D^a Amelia Pascual Medrano, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo habiéndose ausentado el Consejero D. José María Cid Monreal, por concurrir en el mismo causa legal de abstención, y siendo ponente D. Enrique de la Iglesia Palacios, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

23/20

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 D. L.A.I.F. en nombre propio por los daños y perjuicios que entiende causados por mala praxis en la intervención quirúrgica de extirpación de un adenoma suprarrenal, con diversos daños iatrogénicos y secuelas diversas; y que valora en 800.000 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 1 de agosto de 2018.

1. Contenido de la reclamación.

A) Hechos en que se basa.

En su escrito, el reclamante narra las circunstancias fácticas en las que funda su reclamación. Son las siguientes (algunas de las negritas son nuestras, otras son del original):

PRIMERA.- *El exponente se encuentra en seguimiento por el Servicio de Endocrinología del Servicio Riojano de Salud (SERIS) desde aproximadamente el año 2007, por hipercortisolismo con diagnóstico de Síndrome de Cushing ACTH independiente, por posible adenoma suprarrenal izquierdo y grandes masas retroperitoneales bilaterales biopsiadas, quistes hepáticos múltiples. Así*

las cosas se programa una **intervención quirúrgica de suprarrenalectomía izquierda por laparoscopia, la cual se programa para el 1/07/2016, bajo anestesia general.**

SEGUNDA.- La indicación quirúrgica (extirpación de la glándula suprarrenal) es una opción adecuada dada la dificultad de control médico. Se trata de **patología benigna - sospecha de adenoma- sin ningún factor de riesgo adicional.** El estado previo del paciente era satisfactorio y no existía contraindicación para la intervención. La vía de abordaje propuesta (laparoscopia) constituye el estándar en la actualidad en la mayoría de los Centros que cuentan con Cirujanos suficientemente adiestrados. La alternativa a este procedimiento es el acceso de entrada mediante cirugía abierta (incisión lumbar o bien vía abdominal); ello implica un mayor índice de complicaciones, mayor cicatriz y mayor dolor para el paciente. Sin embargo, a partir de aquí, **los hechos no se han producido de la forma esperada y los defectos de la primera intervención han sido tales, que han obligado a diversas reintervenciones, con grave riesgo para la vida del exponente, que ha terminado siendo declarado en situación de incapacidad para todo tipo de trabajo.**

TERCERA.- El documento de consentimiento informado (CI), fechado el 19/05/2016, no incluye ninguna información respecto al tratamiento y la técnica propuestos; tampoco aporta descripción alguna, otras alternativas terapéuticas -si las hubiera ni advertencias sobre posibles complicaciones. En consecuencia, no ofrece información sobre ninguna de las complicaciones que posteriormente padeció el enfermo. El CI no se ajusta a los estándares de las Sociedades científicas correspondientes y carece, por tanto, de valor a la hora de disponer de la mínima información necesaria y suficiente, que hubiera permitido al enfermo una correcta comprensión del procedimiento a fin de tomar una decisión fundamentada.

CUARTA.- La intervención se comenzó por vía laparoscópica (a través de tres trócares), pero hubo de ser reconvertida a "cirugía abierta", debido a sangrado de los vasos esplénicos. Ello obligó a practicar una incisión lumbar izquierda. La hemorragia fue controlada mediante la extirpación urgente del bazo (esplenectomía). **Como hallazgos se destacan:** A) Adherencias periesplénicas y presencia de un bazo supernumerario; B) Adrenal izda situada en la grasa del ángulo esplénico de colon; C) **Tumoración adherida a la cola del páncreas y hacia atrás, de aspecto granujiento, que se infiltra por detrás de los vasos renales izquierdos, hasta la cava.**

La glándula adrenal izquierda es un órgano retroperitoneal que se localiza en la cara anterosuperior del riñón izquierdo (Fig. 1). En los estudios radiológicos practicados antes de la intervención no se informó de ninguna anomalía posicional de la suprarrenal izquierda, por lo que cabe pensar que se encontraba en una ubicación normal. No se alcanza a comprender cómo podría estar situada en la grasa del ángulo esplénico del colon -tal y cómo se describe en el protocolo-, que es una estructura intraperitoneal alejada del riñón izquierdo.

Respecto a la tumoración retroperitoneal izquierda, descrita como "tumoración de aspecto granujiento situada encima de los vasos renales izquierdos hasta la cava, e íntimamente adherida a la cola del páncreas", y que fue "extirpada" junto con esta, tanto la descripción, como el resultado anatomopatológico, confirman que no existía dicha tumoración, sino que se trataba del propio cuerpo del páncreas que fue confundido con un tumor.

En relación a la sutura de la cola del páncreas, una vez extirpada, es opinión generalizada que la mejor opción para evitar una fístula pancreática postoperatoria tras la sección de la glándula, es controlar, mediante un punto de material no reabsorbible, el conducto pancreático y/o seccionar el páncreas sobre una grapadora. La fuga (fístula) pancreática es la complicación más frecuente -y por ello más temible- tras una sección de glándula.

QUINTA.- El resto del protocolo operatorio es excesivamente escueto como manifiesta el informe pericial que se adjunta con este escrito, por cuanto no se aportan detalles técnicos como el grado de dificultad de la disección glandular, etc. Cabe deducir que no hubo ninguna incidencia aparte de la hemorragia descrita de los vasos esplénicos. No consta la duración de la intervención. Tampoco ningún detalle sobre la disección y extirpación del resto de fragmentos pancreáticos posteriormente enviados (al Servicio de) Anatomía Patológica (muestras A y E) ni cómo se ejecutó (método de sección tisular, hemostasia, etc.).

SEXTA.- En el protocolo, se describen varios gestos quirúrgicos: **la extirpación del bazo, la de una tumoración retroperitoneal -que "incluye la cola del páncreas"-, y la extirpación de la glándula adrenal (en total tres muestras).** En el informe (del Servicio de) Anatomía Patológica, se describen, sin embargo, cinco muestras: bazo, glándula suprarrenal y tres fragmentos de tejido pancreático remitidos e identificados por separado. Destaca que el fragmento etiquetado como "C" y calificado como tumor retropancreático "macroscópico parece corresponder a cola de páncreas de aspecto macroscópico habitual", lo que posteriormente se confirma en el estudio microscópico. Por el tamaño de la pieza (11 cm), no se trata tan solo de la cola pancreática sino de todo o casi todo el cuerpo del páncreas que fue extirpado, en tres fragmentos, confundiéndolo con un supuesto tumor.

SÉPTIMA.- Tras un ingreso de 24 horas en la Unidad de Medicina Intensiva, el paciente es trasladado a la planta de hospitalización (del Servicio de) Cirugía. El 07/07/2016, presenta empeoramiento del estado general con exploración abdominal con peritonitis, por lo que se indica cirugía abdominal urgente. En los informes consultados, no consta el estado del paciente los días anteriores ni sobre su evolución clínica. Tampoco disponemos de los correspondientes registros médicos ni de enfermería, controles de constantes, analítica o exploraciones efectuadas que pudieran haber reflejado y, por tanto, permitido, detectar y diagnosticar precozmente la complicación abdominal causante del cuadro peritonítico.

OCTAVA.- Como consecuencia de la defectuosa forma en que se desarrolla la primera intervención quirúrgica, es necesario practicar al exponente una serie de reintervenciones, con grave riesgo para su propia vida”.

A) Perforación (1ª reintervención).

Se describe una perforación en cara posterior del estómago remanente, en región prepilórica, de unos 3-4 cm, Neumoperitoneo (aire en la cavidad abdominal). No se hace referencia a la posible existencia de líquido libre en cavidad abdominal ni otros hallazgos, por lo que cabe deducir que el resto de la cavidad y órganos abdominales no presentaban anomalías; sin embargo, menos de 24 horas después, durante la 2ª reintervención, se observó un “hematoma subfrenico sobreinfectado en la zona de la esplenectomía”.

La aparición de una perforación gástrica de gran tamaño, en el curso postoperatorio de una suprarrenalectomía izquierda, constituye un hecho difícilmente explicable como no sea por una lesión instrumental o un desgarro producido durante la disección durante la primera cirugía (suprarrenalectomía) que hubiera pasado inadvertida. En el protocolo operatorio de la dicha cirugía, no se describe ningún hallazgo o dificultad añadida (adherencias...) que pudiera estar relacionado con la cirugía bariátrica a la que se había sometido el paciente un año antes (fig.2) como posible causa de dificultad en la disección. Esta complicación (la perforación), que no se menciona en algunos de los informes médicos del paciente incluidos

los (del Servicio de) Cirugía, constituye un hecho excepcional. No se conocen antecedentes de perforación gástrica en el transcurso de una extirpación adrenal.

B) Pancreatitis postoperatorio (2ª reintervención.)

La pancreatitis postoperatoria es una temible complicación relacionada con cirugía abdominal o con intervenciones en las que se produce manipulación del páncreas o área periampular, especialmente si se produce sección quirúrgica o lesión pancreática. También se puede asociar a esplenectomía y a complicaciones sépticas abdominales y/o hipoxia. Todo ello puede provocar un "descarrilamiento enzimático" y la consiguiente "autodigestión" y necrosis pancreática.

En el caso que nos ocupa, se dieron todas las circunstancias clásicamente relacionadas con la pancreatitis postoperatoria: en primer lugar, una intensa e innecesaria manipulación de la glándula pancreática, tratada como si fuese una tumoración retroperitoneal (dado que el Cirujano ignoraba que se tratase del cuerpo del páncreas). También fue sometido al menos a tres resecciones de tejido pancreático, con sus respectivas líneas de sección. Por otra parte, el paciente fue sometido a una esplenectomía (riesgo de lesión en la cola pancreática) y a una gastrectomía (implica manipulación de la zona periampular). Además, el enfermo padeció una peritonitis por perforación gástrica, con grave afectación general y situación de bajo gasto.

Respecto a la reintervención practicada, se trató de controlar las fuentes de contaminación y derivar los jugos biliar y pancreático, asociando un lavado de la cavidad abdominal. No se explica el motivo por el que se procedió a la resección del remanente gástrico, ello implicó mayor agresión quirúrgica, aumento del tiempo de intervención y especialmente una grave repercusión en las secuelas futuras al quedar el paciente prácticamente sin apenas función gástrica.

C) Evolución posterior (3ª reintervención):

Tras una estancia en la UMI caracterizada por una evolución tórpida, fracaso renal, problemas pulmonares, intubación prolongada, etc., fue trasladado a la planta de hospitalización (del Servicio de) cirugía, el 19/07/16, en las siguientes condiciones: "paciente portador de vía central, drenaje de penrose en hipocondrio derecho, drenaje de penrose con cliquet en celda pancreática, drenaje de penrose en hipocondrio izquierdo, yeyunostomía en hemiabdomen izquierdo y drenaje de kehr en flanco derecho; vía central subclavia izquierda; infección de la herida quirúrgica.

A las 48 horas, presenta una hemorragia masiva a través de drenaje abdominal que requiere intervención quirúrgica urgente, por lo que el 21/07 es re intervenido por tercera vez de laparatomía media supra infraumbilical apreciándose múltiples adherencias, páncreas digerido, quedando cavidad en su lugar proviniendo el sangrado de esa cavidad en profundidad. En esa 3ª intervención, se procede al relleno de celda pancreática con Surgicel fibrilar y Floseal, realizando hemostasia.

(D) 4ª reintervención).

Dado de alta de la UMI el 26/07/2016, el día 28/07/2016 presentó nuevamente un cuadro de shock hipovolémico y sangrado masivo por el drenaje abdominal, siendo intervenido nuevamente de urgencia. Esta 4ª reintervención, se lleva a cabo el 28/07/2016 y, en la misma,

se llevó a cabo una laparotomía media supra infraumbilical, apreciándose hemoperitoneo en escasa cantidad, gran coágulo en celda pancreática; sangrado activo arterial, drenaje biliar, observándose fístula a nivel de anastomosis coledocoduodenal. Ingresado en la UMI, se realiza arteriografía selectiva de tronco celiaco y mesentérica superior el día 03/08/2016, siendo trasladado (al Servicio de) Cirugía General el 09/08/2016”.

A modo de **conclusión**, el interesado afirma que *“los resultados del tratamiento aplicado han de considerarse catastróficos en términos de padecimiento prolongado, riesgo y secuelas. La diabetes, la insuficiencia pancreática, la eventración, la pérdida de gran parte del estómago, etc. han de considerarse causa inmediata de la actuación quirúrgica inicial y sus complicaciones. Estas no eran previsibles y sí evitables”.*

B) Cuantificación de la reclamación.

Tras enumerar las secuelas físicas que afirma haber sido generadas por la serie de intervenciones quirúrgicas a que fue sometido, el reclamante cuantifica su reclamación del modo que sigue:

(Partidas:) i) *“31 días ingreso hospitalario x 100 euros/ día, 3.100 euros; ii) 499 días con perjuicio grave x 75 euros/ día, 37.425 euros; iii) por intervenciones quirúrgicas 5x 1600 euros, 8.000 euros; iv) por 90 puntos de secuelas, perjuicio básico, 239.614 euros; v) 21 puntos de perjuicio estético, 23.259,27 euros; vi) complemento por sumar las secuelas más de 80p, 96.000 euros; vii) pérdida de calidad de vida grave IPAbsoluta, 80.000 euros; y viii) lucro cesante, 300.000 euros.*

Las anteriores cantidades suponen la cifra de 787.398,27 euros. Esta cantidad debe ser actualizada: en un 0,25%, por el año 2017, lo que supone un total de 1.968,50 euros; y, en otro 0,25%, correspondiente a 2018; lo que supone un total de 791.340,20 euros.

Se eleva la reclamación en principio hasta la indicada cantidad de 800.000 euros, pues queda por acreditar lo relativo al trastorno del estado de ánimo y la impotencia sexual, así como otras cuestiones, tales como gastos por enfermedad futura, incremento derivado de costes de movilidad, etc en función de lo que se acredite a lo largo de la tramitación del expediente”.

2. Documentación adjunta a la reclamación.

A) A su reclamación, el paciente acompaña diversos documentos, de entre los que se destacan los siguientes: **i)** informe del Dr. en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo, D. J.M.L.T; **ii)** informe de valoración de daño personal del Dr. D. V.F.T; **iii)** Resolución del INSS de fecha 13 de diciembre de 2017, por la que se declara al interesado en situación de incapacidad permanente absoluta; **iv)** declaración del IRPF del ejercicio 2015; y **v)** documentación sobre la asistencia médica recibida.

B) En particular, el **informe del Dr. L.T.** señala que el interesado presenta un *“síndrome metabólico de larga duración (120 kg, HTA, DM tipo 2)”* y que había sido *“tratado, en julio de 2015 con cirugía bariátrica”*, realizándosele *“bypass gástrico”*;

consiguió *“pérdida de peso y buen control inicial de la diabetes; posteriormente, alteraciones de la glucemia y ganancia de peso, que requirieron la reintroducción de metformina y actrapid”*.

Segundo

El 11 de octubre de 2018, la Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud dictó una Resolución por la que tuvo por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial y nombró Instructor del mismo.

La Resolución fue comunicada al interesado mediante oficio del Instructor, de 11 de octubre 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 mismo día, el Instructor, mediante comunicación interna, se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro* (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.

En fecha que no consta, se comunicó la reclamación formulada por el interesado a la Aseguradora del SERIS, A.E.R, que acusó recibo de la comunicación el 15 de octubre de 2018.

Por otro lado, el 17 de octubre de 2018, el Instructor del expediente recabó de la Inspección médica *“informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada”*.

Tercero

La documentación remitida por el SERIS

El 16 de octubre de 2018, el Director del Área de Salud de La Rioja remite la historia clínica del paciente, así como los informes emitidos por el Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo (Dres. V.L, G.A.M, E.N, R.P. y R.F.) y por la Unidad de Medicina Intensiva (Dres. C.M, M.L. y C.M.).

1. Documentos de consentimiento informado.

De esa documentación resulta que el interesado, el 19 de mayo de 2016, suscribió un documento de consentimiento informado en el que, en relación con la suprarrenalectomía

laparoscópica que iba a serle practicada, declaró haber *“sido informado verbalmente de forma detallada, del diagnóstico y de las razones por las que es necesario el tratamiento propuesto, sus ventajas y sus posibles complicaciones, así como los tratamientos alternativos; y después de leer detalladamente este documento y comprenderlo, informado por”* el Dr. G.A.M, autorizó, al Servicio de Cirugía, *“a la realización del tratamiento propuesto y de todos los procedimientos y actuaciones que, de acuerdo con el buen criterio facultativo, sean considerados convenientes en base a las incidencias que puedan surgir en el curso del mismo”*.

Figuran igualmente incorporados al expediente los documentos de consentimiento informado dados por la hija del reclamante a cuatro cirugías de urgencias (6, 7, 21 y 28 de julio de 2016) y a una arteriografía abdominal y de extremidades (29 de julio de 2016).

2. El Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo del HSP.

El Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo del HSP, emitido el 23 de agosto de 2018, analiza las alegaciones formuladas por el interesado, y, después de una pormenorizada exposición del tratamiento quirúrgico al que fue sometido el paciente, le da respuesta en el sentido que sigue:

A) En relación con la supuesta **ausencia de consentimiento informado**, el Servicio explica que:

“Al paciente, se le explicó detalladamente la intervención que se iba a realizar, sus opciones de tratamiento y complicaciones más frecuentes, firmando el consentimiento general, en el que se especifica que ha sido informado de forma detallada de su proceso y tratamiento propuesto, junto con ventajas e inconvenientes. Bien es cierto que existe un consentimiento más específico, aprobado por la Asociación Española de Cirujanos, pero el firmado en este caso no significa que el paciente no esté informado de sus opciones al tratamiento y posibles complicaciones y secuelas”.

B) El informe incide en la **situación previa que presentaba el paciente** como motivo justificador de las complicaciones aparecidas en el curso de la primera intervención quirúrgica (extirpación de glándula suprarrenal izquierda) y de la necesidad de reconvertir la cirugía inicialmente proyectada (suprarrenalectomía laparoscópica) a cirugía abierta:

“Durante la primera intervención, existen complicaciones, debidas en gran parte, a las características del paciente, con unos nódulos heterogéneos de gran tamaño en esa zona, referidos como hematopoyesis extramedular e intervenciones previas, pasando a reconvertir la cirugía laparoscópica a cirugía abierta por el sangrado de un vaso esplénico, producido mientras se realiza la separación del conjunto bazo-cola de páncreas, para acceder a la vena renal izda. El tratamiento para estos incidentes es la esplenectomía y más una vez comprobada la existencia de un bazo supra numerario, que cumple con las funciones inmunológicas propias.

Aunque la lesión de los vasos esplénicos es infrecuente en este tipo de cirugía, no es excepcional, como siempre que hay una cirugía próxima al bazo, sobre todo si implica el desplazamiento del mismo y sobre todo si hay intervenciones previas que comporten adherencias periesplénicas, como es este caso. Existen publicaciones donde se alude a las lesiones del bazo, vasos adyacentes e incluso cola de páncreas, sobre todo en los casos de Síndrome de Cushing.

C) En cuanto a la **extirpación de la cola del páncreas**, el Servicio de Cirugía rechaza de plano que pasara desapercibida al equipo quirúrgico, o que se produjera por error, y afirma que, bien al contrario, se ejecutó por considerarse necesaria a la vista de la impresión macroscópica que producía, y con el fin de poder ser sometida a estudio anatomopatológico:

“Es cierto que la intervención fue bastante dificultosa por importantes alteraciones anatómicas y adherencias secundarias a la cirugía previa (By-pass gastroileal), la importante cantidad de grasa que habla en la zona, las masas retroperitoneales adyacentes, de difícil valoración e identificación con respecto a la cola del páncreas, que se extirpó por considerarla macroscópicamente patológica y para el estudio anatomopatológico solicitado de dichas masas retroperitoneales. En todo momento, como lo describe el protocolo quirúrgico, se era consciente de que se trataba de la cola del páncreas, aunque si es cierto que la sensación que daba es que ésta estaba rodeada de un tejido patológico.

En ningún caso, la extirpación de la cola del páncreas paso desapercibida al equipo quirúrgico, como se alega. En ese caso, no hubiese conestado en el protocolo quirúrgico, escrito nada más terminar la intervención, con descripción de la resección pancreática y tejido adyacente, con sutura del mismo. Mientras, el informe anatomo-patológico está fechado el día 5/7/16, 4 días después de la intervención.

La impresión macroscópica del campo quirúrgico no se corresponde con la realidad anatomopatológica, pues la apariencia era de una tumoración de aspecto granujiento, diferente a la imagen habitual de la cola del páncreas, que la infiltraba o incluso a los vasos renales izdos.

En prueba de que el equipo quirúrgico era consciente de que extirpaba la cola del páncreas, se alude a que el Protocolo quirúrgico “escrito nada más terminar la intervención”, describe “la resección pancreática y tejido adyacente, con sutura del mismo”.

Y así resulta de ese documento de “protocolo quirúrgico”, redactado el 1-7-2016, en el que se alude, como diagnóstico, a una posible “tumoración retroperitoneal izda” y se indica que esa “tumoración de aspecto granujiento” ... “se infiltra por detrás de los vasos renales izdos, hasta la cava” y está “íntimamente adherida a la cola del páncreas, por lo que se procede a su extirpación”, lo que obliga a la “sutura de la cola del páncreas”. En cuanto a la técnica quirúrgica, el Protocolo reitera que, efectivamente, se ha procedido a la “extirpación de tumoración retroperitoneal izquierda y cola de páncreas”.

D) Por lo que hace a la **forma en que se suturó el páncreas**, el Servicio de Cirugía rechaza también que se hicieran tres suturas pues, tras describir el escaso tamaño de dos de

los tres fragmentos de tejido pancreático enviados al Servicio de Anatomía Patológica (las piezas A y E, de 2x2x1,5 cm y 1,8x0,7x0,6 cm, respectivamente), explica que:

“Evidentemente y como puede comprobarse por el tamaño de las piezas A y E, no se hicieron tres resecciones pancreáticas con tres suturas diferentes, sino una exclusiva, la cola del páncreas, con tejido adyacente que se separó de la pieza principal, enviando 5 muestras al Servicio de Anatomía Patológica. El número de fragmentos enviados es intrascendente, ya que un mismo nódulo puede ser enviado en varios fragmentos”.

Por otro lado, en cuanto a la técnica empleada para la sutura del páncreas reseccionado, indica que fue correcta y no falló en el curso del posoperatorio:

“La forma de como se suturó el páncreas es completamente irrelevante. Es totalmente correcta la ligadura mediante sutura del conducto y cola pancreáticas con material reabsorbible a largo plazo (AC poliglicólico); no siendo necesario, en absoluto, el uso de material irreabsorbible cuyo uso no está exento de complicaciones; además, no hubo durante el postoperatorio fistula ni pseudoabceso pancreático en dicha zona”.

E) En cuanto a la afirmada **lesión de 3-4 cm en la cara posterior del estómago remanente**, el Servicio desmiente que esa lesión efectivamente existiera tal como la describe el interesado y, aún más, que pudiera ser provocada por efecto de una mala praxis en el curso de la primera intervención, tanto por la falta de exposición de esa zona a la intervención quirúrgica, como por la sintomatología que, de haberse producido tal lesión, hubiera producido en el curso de posoperatorio:

“La posición en la que se colocó al enfermo para realizar la adrenalectomía izda., es (...) ligeramente angulado para que sobresalga la zona lumbar izda., facilitando el acceso a la zona retroperitoneal. En esa posición y con ese acceso, el antro gástrico, no solamente está bastante alejado, sino que no es posible acceder a él, por lo que resulta prácticamente imposible su lesión. Además, al poco de comenzar la intervención, se reconvirtió a cirugía abierta, no exponiendo el antro gástrico en ningún momento.

En caso de haberse producido una lesión, como se describe, de 3-4 cm. en la cara posterior del antro gástrico y hubiera pasado desapercibido, durante el postoperatorio hubiera dado sintomatología, bien saliendo contenido gastro-biliar por el drenaje, bien con dolor abdominal y peritonismo, bien con fiebre y alteración analítica con elevación de los parámetros de sepsis. Sin embargo, el paciente presentó dolor en hombro izdo., los primeros días, para posteriormente presentar el dolor abdominal habitual en una intervención quirúrgica, bien controlado con la analgesia habitual. El paciente permaneció afebril, con abdomen blando, depresible e incluso con peristaltismo presente. Igualmente, los parámetros de sepsis se encontraban dentro de los parámetros normales, e incluso bajando desde el primer día postoperatorio, 2/7/16, hasta el día 6/7/16 (Lactato 18.0; 14.0; 13.0; 11.0; Procalcitonina 0.33; 0.35; 0.28).

Todos estos comentarios, tanto del personal médico, como de enfermería, se encuentran disponibles en el proceso correspondiente, por lo que no se entiende el comentario realizado por el perito Dr. L, “a falta de los informes y registros correspondientes a ese periodo.”

F) En esta misma línea, el Servicio de Cirugía añade que, *“el día 6/7/16, el paciente presenta un cambio en su evolución, con dolor abdominal espontáneo de gran intensidad y drenaje abdominal de aspecto bilioentérico”*; por lo que, dado que *“no cede ante los analgésicos habituales”*, se le somete a una *“intervención, realizada de urgencia”*. En ella *“se objetiva una filtración de bilis a nivel de curvadura menor del remanente gástrico... lo que se interpreta como una perforación”*, motivo por el que, ante esa sospecha, *“se dan unos puntos suturando en bloque el borde gástrico por donde parece salir la bilis”*.

G) Como el día 7 de julio de 2016, el paciente tiene *“abundante débito biliar por los drenajes, junto con síntomas de fallo multiorgánico y elevación de los parámetros de sepsis”*, es *“nuevamente reintervenido”*. Pues bien:

“En la intervención, al objetivar que sigue filtrando bilis al peritoneo y que parece provenir del espacio retrogástrico, se practica una apertura de celda pancreática, para lo cual es preciso levantar y resecar el remanente gástrico, que forma parte de un gran plastrón inflamatorio, comprobando, tras la liberación total del muñón gástrico, firmemente adherido al plano pancreático, que no existe perforación gástrica.

Lo que se encuentra es una grave pancreatitis necrohemorrágica que digiere hasta la pared del colédoco, siendo esto el origen de la filtración biliar y, posteriormente, el origen de las hemorragias. La colecistectomía se practicó por cotecistitis y para acceso transcístico a la vía biliar.

El informe anatómo-patológico de las piezas obtenidas en dicha intervención, confirma la presencia de una colecistitis crónica con pericolecistitis y, en el caso del remanente gástrico, se aprecian áreas de aspecto congestivo con una solución de continuidad que se corresponde con un trayecto fistuloso. La solución de continuidad descrita en el muñón gástrico corresponde al orificio de la gastrostomía descompresiva practicada en la intervención anterior”.

H) En cuanto a la **pancreatitis** sobrevenida al paciente, el Servicio explica que, aunque no es frecuente que una resección pancreática desencadene una pancreatitis grave:

“Las causas de la aparición de una pancreatitis son múltiples, entre ellas, cualquier traumatismo abdominal o intervención quirúrgica abdominal y no abdominal. La manipulación pancreática o la intervención sobre la glándula es una de las causas de pancreatitis, por lo que la resección de la cola pancreática que se realizó durante la primera intervención, puede ser una de las causas desencadenantes”.

I) En relación con los efectos que para la vida del paciente puede suponer la resección de muñón gástrico, además de entender que tal resección venía justificada por la situación del paciente evidenciada en las intervenciones de los días 6 y 7 de julio de 2016, el Servicio explica que la extirpación de ese muñón *“tiene muy poca repercusión sobre el futuro del paciente, pues es una zona aislada que no cumple ninguna función digestiva”*, añadiendo que esa resección, *“en un paciente operado de by-pass gastroileal, no impide la reconversión de la cirugía bariátrica”*, frente a lo que afirma el Perito Sr. L.

J) El Servicio de Cirugía expone a continuación cómo la **evolución posterior** del paciente, con las complicaciones derivadas de la pancreatitis necrohemorrágica, hizo necesaria la práctica de dos intervenciones de urgencia en los días 21 y 28 de julio de 2018; pues, en los días posteriores al 7 de julio de 2016, el paciente:

“...presenta dos episodios de hemorragia intrabdominal asociadas a shock hipovolémico, que requirieron cirugía urgente: el día 21-7-18, objetivándose sangrado difuso de celda pancreática, realizándose hemostasia mediante productos/agentes hemostáticos...; y, el día 28-7-18, objetivándose sangrado arterial activo proveniente de la arteria gastroduodenal, procediéndose a la ligadura de dicha arteria.

El sangrado de las arterias pancreáticas y peripancreáticas es una de las complicaciones más graves de las pancreatitis agudas necrohemorrágicas, asociándose a alta mortalidad. La actitud diagnóstica y terapéutica depende fundamentalmente del estado hemodinámico del paciente y de la localización del punto sangrante. La cirugía urgente en general es el tratamiento de elección en el paciente hemodinámicamente inestable.

En nuestro caso, requirió cirugía urgente, en las dos ocasiones por inestabilidad hemodinámica y, en ambos casos, se solucionó el problema agudo de sangrado. Posterior a la segunda cirugía y con el paciente estable, se realizó una arteriografía selectiva de tronco celiaco y arteria mesentérica superior (día 3-8-18), para descartar lesión aneurismática u otra lesión susceptible de tratamiento mediante embolización. No se objetivó lesión ni sangrado activo y sí se evidenció la ligadura en origen de la arteria gastroduodenal, realizada durante la cirugía del día 28-7-18”.

K) Por lo que hace al **estado posterior del paciente**, el informe del Servicio de Cirugía hace las siguientes apreciaciones:

-De la tomografía axial computerizada (TAC) que le fue realizada en el mes de febrero de 2017 (de la que también da cuenta la pág. 7 del informe médico-pericial de la Consultora médica P. para la Aseguradora del SERIS al que se aludirá en el siguiente Antecedente de hecho) resulta que el paciente no ha perdido la función inmunológica propia del tejido esplénico, ya que *“presenta tejido esplénico viable y funcional, como se describe en el protocolo de la primera intervención quirúrgica y que, por tanto, persiste su función inmunológica”.*

-Las *“hernias inguinales”* que presenta el paciente *“no tienen ninguna relación con el proceso que nos atañe, pues toda la cirugía anteriormente relatada está situada en el compartimento supramesódico, sin relación con los orificios inguinales”.* Por el contrario, *“sí tiene relación la presencia de una eventración subcostal izda, en el lugar de la incisión de la primera intervención.”* Esa eventración *“es una complicación aceptada de las laparotomías y con posibilidad de tratamiento quirúrgico.”* Al respecto, *“el paciente ha seguido control en Consulta externa (del Servicio de) Cirugía, ha sido informado de los procedimientos quirúrgicos para tratar dichas patologías: eventración lumbar... y hernias inguinales). Por ahora, ha manifestado su deseo de no ser operado”.*

-Es cierto que el paciente debe *“tomar periódicamente complejos vitamínicos”*, pero también lo es que *“esos complejos vitamínicos ya los tomaba... antes de la intervención de adrenalectomía y ello es consecuencia de la intervención de by-pass gastroileal que, entre otras cosas, produce una mala absorción de las vitaminas liposolubles, siendo necesario administrar dichos complejos vitamínicos en estos pacientes, de forma permanente”*.

-Del mismo modo, el paciente *“ya estaba diagnosticado por (el Servicio de) Endocrinología de diabetes Mellittus tipo IP”*, sin perjuicio de que *“dicha patología puede agravarse tras una pancreatitis necrohemorrágica”*.

-La *“presencia de colgajos subcutáneos por pérdida de peso”* no es una consecuencia de la suprarrenalectomía a la que fue sometido en julio de 2016, sino del *bypass* gastroileal al que el paciente había sido sometido antes, esto es, *“de la cirugía bariátrica realizada con anterioridad. En todas las vías clínicas, publicaciones y recomendaciones generales sobre cirugía bariátrica, existe algún capítulo dedicado a la cirugía del contorno corporal, para extirpar y remodelar el exceso de piel y grasa producido por la pérdida de peso”*.

-En cuanto al *“estado de ánimo e impotencia sexual”* del paciente, el Servicio de Cirugía se abstiene de valorar esos extremos, *“por no tener relación directa con la cirugía desarrollada y estar fuera de nuestra competencia profesional en relación a nuestra Especialidad”*.

Cuarto

El informe médico pericial de P.

Con fecha 5 de febrero de 2019, el Dr. B.Y, Dr. en Medicina y Cirugía y Especialista en Cirugía del Aparato Digestivo, emite, para la Compañía Aseguradora del SERIS, un informe médico-pericial que, en lo sustancial, confirma las precisiones efectuadas por el Servicio de Cirugía del HSP. Tras analizar la historia clínica del paciente y el tratamiento quirúrgico a que ha sido sometido, realiza una serie de consideraciones previas:

A) La primera de esas aclaraciones, afecta a las complejas *“relaciones anatómicas”* de la glándula suprarrenal izquierda, objeto de la primera operación quirúrgica efectuada al paciente.

El perito, mediante una exposición de varias imágenes de esa área del cuerpo humano señala que *“basta observar las imágenes... para apreciar la relación de la glándula suprarrenal izquierda con el pilar diafragmático izquierdo, la cúpula*

diafragmática, el riñón, el bazo, la cara posterior del estómago (fungus), la cola del páncreas y el ángulo esplénico del colon”. Esas imágenes demuestran “*porqué hay que movilizar el bazo y la cola del páncreas para acceder al retroperitoneo*”, donde se ubica la glándula suprarrenal izquierda.

B) En cuanto al “*estado previo del paciente*”, el perito estima que, frente a lo que afirma el escrito de reclamación (que califica ese estado como “satisfactorio”), el interesado:

“...pasa por alto una circunstancia muy importante y es que el paciente había sido sometido un año antes a un bypass gástrico para tratamiento de la obesidad y que, por lo tanto, se encontraba en pleno periodo de adelgazamiento. El 80% de la pérdida de peso tras cirugía bariátrica de bypass se consigue en el primer año y esto tiene repercusiones en cuanto a desnutrición calórico-proteica con deterioro de la cicatrización en relación a defecto de la síntesis de proteínas, del estado inmunológico y menor resistencia a la infección.”

Los Cirujanos bariátricos nunca indicamos la cirugía de contorno corporal hasta al menos 18 meses después de la cirugía bariátrica, después de llevar a menos seis meses con estabilidad en el peso, y siempre con la condición de unos buenos parámetros nutricionales. Cualquier Cirujano bariátrico sabe que las cirugías realizadas en el primer año tras la cirugía de bypass deben evitarse por la tasa prohibitiva de complicaciones, al estar el paciente en pleno periodo catabólico. Sabemos que la tasa de mortalidad de las reintervenciones por complicaciones de la cirugía de la obesidad llega al 50% en muchas series de pacientes”.

C) Sobre la pretendida ausencia del **consentimiento informado**, el perito médico señala que, “*en la historia (clínica) los Cirujanos dejaron constancia de que le se le explicó al paciente la técnica quirúrgica y sus posibles consecuencias... previsible, pero la existencia de adherencias entre el bazo el diafragma y el retroperitoneo, y que estas estuvieran muy vascularizadas es algo que sólo se puede saber una vez comenzada la cirugía*”.

D) El Dr. B. incide también en la “**gravedad de la intervención**” y en que, desde luego, no se trata de una “*cirugía banal*”, y más en el estado médico previo del paciente. A su juicio, la reclamación:

“... minusvalora el riesgo de la adrenalectomía (y) ... pasa por alto un dato significativo que es la gravedad de la intervención y, para que mi opinión sea refrendada por un texto académico, copio el párrafo del Manual de Cirugía de la Asociación Española de Cirujanos que, en su pág. 878 de la segunda edición, dice: “la cirugía del Síndrome de Cushing tiene una morbilidad elevada, superior al 10%. Son frecuentes la infección de la herida quirúrgica, la hemorragia, el embolismo pulmonar, y las infecciones respiratorias”; y es que los niveles elevados de cortisol en sangre deprimen de forma importante la inmunidad y la capacidad de cicatrización. Desde luego, no se trata de una cirugía banal y más en el periodo de adelgazamiento tras un bypass gástrico.”

En su artículo, "Complicaciones de la cirugía de la glándula adrenal", el Dr. L. dice: "La cirugía suprarrenal que, en la actualidad, ha descendido su mortalidad desde el 36% en el feocromocitoma o

el 23% en el *Síndrome de Cushing* durante los años cincuenta hasta cifras del 0 al 5% en los casos con mayor deterioro orgánico”. *Lo que da idea de que estamos tratando de una cirugía muy seria*”.

E) El Perito razona que el **cambio, sobrevenido en la intervención de 1 de julio de 2016, de cirugía laparoscópica a cirugía abierta**, se hizo por “*prudencia y respeto a la seguridad del paciente*”, ya que, aunque la suprarrenalectomía se realiza “*habitualmente por técnica laparoscópica*”:

“...en cuanto parece que la técnica puede ser compleja y laboriosa, incluso con posibilidades de complicación intraoperatoria, se abandona la vía laparoscópica para pasar a cirugía abierta convencional. No es un defecto o falta de pericia sino prudencia y respeto a la seguridad del paciente. Por eso, cuando se comprobó que había múltiples adherencias vascularizadas del bazo y que iban a sangrar, se pensó en reconvertir. La sangre extravasada a la cavidad abdominal, aunque no sea en un volumen preocupante, "roba" luz al laparoscopio, de forma que la visión queda deteriorada y, aunque pueda lavarse y aspirarse, sin duda rebaja la seguridad de la técnica al no disponer de una visión perfecta. Hay que tener en cuenta que, en la laparoscopia, el Cirujano renuncia a dos aspectos importantes de la práctica quirúrgica, uno es palpar de las estructuras que está disecando, y otra la posibilidad de manejar las vísceras con las manos y realizar una disección digital. En la laparoscopia todo se confía a la imagen y, si ésta no es buena, no cabe duda que disminuye el margen de seguridad. Todo ello sin detrimento de que el control vascular y de la hemorragia es mejor en cirugía abierta”.

F) El Dr. B, en línea con lo manifestado por el Servicio de Cirugía del HSP, rechaza que las resecciones de la cola del páncreas y de tejido del bazo se produjeran por error, confusión, despiste o mala praxis médica.

El perito-médico expone que, dada la posición de la glándula suprarrenal izquierda, la movilización del bazo y de la cola del páncreas es imprescindible para acometer una suprarrenalectomía izquierda:

“Cuando se realiza una adrenalectomía izquierda, la glándula queda por detrás del fundus gástrico, del ángulo esplénico del colon, de la cola del páncreas y del bazo y por lo tanto hay que movilizar esas estructuras si se quiere dejar bien expuesto el retroperitoneo, que es donde se sitúa la glándula adrenal. La intervención se inicia despegando el bazo del repliegue peritoneal posterior y movilizándolo con su pedículo; y, como es fácil deducir viendo la anatomía de la zona, se levanta con el hilio esplénico la cola del páncreas”.

(A partir de ahí, y por lo que respecta al bazo:) *“Cuando hay adherencias del bazo al diafragma o al retroperitoneo, al intentar moverlo, estas adherencias desgarran la capsula esplénica y, dado que es un órgano extraordinariamente vascularizado y a que no se pueden dar puntos de hemostasia, sangra con profusión y no se puede hacer una hemostasia clásica con ligaduras y puntos, el Cirujano prefiere reseca el bazo, que traerá escasas consecuencias, que dejar un potencial punto de sangrado para el postoperatorio. La esplenectomía "técnica" es un hecho frecuente en cirugías que se practican en el hipocondrio izquierdo, como la corrección de hernia de hiato, gastrectomías, colectomía izquierdas o, en este caso, suprarrenalectomía”.*

En suma, la “esplenectomía técnica” constituye una decisión médica en la que se ponderan las ventajas (evitar los riesgos inherentes al sangrado de ese órgano y a dejar un punto de sangrado para el posoperatorio) y los inconvenientes, que son reducidos dado que *“el bazo es un órgano... inmunitario, importante en la infancia, pero sus funciones son transferidas a la médula ósea en el adulto, de forma que es un órgano perfectamente prescindible”*.

Parecidas consideraciones cabe hacer en punto a la resección del páncreas. El Dr. B. explica que, al igual que sucede con el bazo, también *“la suprarrenal izquierda está en íntimo contacto, con la cola del páncreas”*, por ello:

“...los tumores suprarrenales pueden infiltrar o adherirse íntimamente a esta glándula. El páncreas es blando y frágil, y cualquier herida inadvertida del mismo puede pasar desapercibida durante la cirugía, pero se manifestará en el posoperatorio, bien como una fístula o bien como un pseudoquistes pancreático. En concreto, la fístula pancreática, asociada a la esplenectomía o a la adrenalectomía, se consideran complicaciones mayores por la dificultad de su control y alargan enormemente el postoperatorio. En caso de que el Cirujano prevea una herida pancreática, prefiere realizar una resección típica y estandarizada de la cola del páncreas pues supone que va a tener menor incidencia de complicaciones. Y así actuaron en este caso. (En definitiva:) “La resección del bazo y de la cola del páncreas son dos maniobras prudentes y necesarias para llevar a cabo la operación con seguridad y la menor tasa de complicaciones posibles.”

El perito-médico coincide con el Servicio de Cirugía en que la resección del páncreas no se debió ni a un error del Cirujano, ni a un error en el diagnóstico previo a la cirugía:

“En el retroperitoneo, puede haber restos embrionarios de cualquier tipo y extirpe histológica y, entre estos tejidos, está páncreas ectópico... En la mayoría de los individuos, el páncreas ectópico es un hallazgo incidental, que no produce síntomas y se, descubre en pruebas de imagen, durante una laparotomía o al verificarse una autopsia, de forma que las muestras de tejido tomadas del espacio entre el riñón y la aorta (y que supuestamente eran, según la resonancia, “tejido hematopoyético ectópico”) son, en realidad, tejido pancreático ectópico, cosa que, aunque no es frecuente, no es nada extraño, dado que estamos acostumbrados a que haya páncreas ectópicos de la más variada localización. En este caso, este páncreas dependería del desarrollo embriológico dorsal y, por supuesto, no se trata de un error del Cirujano, sino una simple variante anatómica. Como dato curioso, pero que puede tener significado en este caso, hay descritos en la literatura médica casos de pancreatitis aguda en el páncreas ectópico. Porque, en el 70% de los casos, este tejido pancreático (que tiene una estructura histológica completamente similar al órgano pancreático, incluso con islotes de Langherhasn) es tejido funcional”.

G) El Perito examina también las posibles “causas de la perforación del remanente gástrico” que el reclamante afirma producida y que, como se ha señalado, el Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo del HSP afirma que no tuvo lugar.

El Dr. B. comienza exponiendo cómo la operación de *bypass* gastroileal a que el paciente había sido sometido con anterioridad a la suprarrenalectomía izquierda, supuso la separación de su estómago en dos partes, *“un pequeño bolsón gástrico (o muñón*

gástrico) que se anastomosa al intestino delgado” y “el resto del estómago... a lo que denominamos **remanente gástrico**. Esta parte del estómago queda excluida del tránsito digestivo y no pasa la comida por ella”. Ambas partes (muñón y remanente) quedan irrigadas por varios vasos sanguíneos “de forma que, en teoría, la extirpación de uno de ellos no debe, en principio, deteriorar la vascularización ni del muñón gástrico ni del remanente”.

Aclarada la etiología previa del paciente, el perito-médico manifiesta que:

“En este caso, hubo que realizar una esplenectomía, por lo que los vasos cortos, que van del bazo al remanente gástrico, fueron seccionados y ligados. Esto no representa, en principio, un compromiso vascular, porque el remanente gástrico queda vascularizado por la arteria pilórica y por la gastro epiploica y, dado que el estómago tiene una importante red vascular submucosa, es suficiente para irrigar todo el remanente gástrico. Pero una cosa es la teoría y otra la práctica, y, sin duda, una zona en la cara posterior quedó mal vascularizada y terminó por necrosarse unos días después”.

A partir de ahí, la pregunta que surge es, si la perforación aludida por el reclamante “no será una lesión inadvertida que se realizó durante el acto quirúrgico y que pasó desapercibida durante el acto en ese momento”. A tal pregunta, el perito-médico contesta de manera negativa:

Todo es posible en Medicina, pero podemos asegurar que la perforación de una víscera hueca, que produce un jugo gástrico muy ácido (que puede llegar a un pH de 2), produce tal irritación peritoneal que el paciente lo refiere como si le hubieran dado una puñalada, con un dolor imposible de controlar con analgésicos y que se manifiesta, por defensa abdominal, con abdomen en tabla y muy evidentes signos de irritación peritoneal, cosa que no se refiere en los comentarios médicos y de enfermería en los primeros días del postoperatorio.

Lo que cuentan es que, al 4º día del postoperatorio, el paciente tiene un cuadro brusco de dolor abdominal y deterioro que coincide con el momento de la perforación, que solo puede ser explicada por mecanismo isquémico (yo tuve un caso muy parecido en una gastrectomía parcial tras extirpar el bazo por sangrado). Además, tenemos una prueba adyuvantibus segura y es que ningún humano puede vivir con una perforación gástrica cuatro días sin antes morir.

En resumen: podemos descartar que se trate de una lesión directa, iatrogénica durante la cirugía, se trata de una perforación de otro origen, cuya causa más plausible es la isquémica. Se excluye responsabilidad o negligencia médica y sí, en cambio, resaltar la eficacia del diagnóstico y tratamiento de una complicación que es muy poco probable”.

A la vista del dolor que presentó el paciente en el cuarto día del posoperatorio, la intervención del día 6 de julio de 2016 es valorada por el perito-médico en estos términos:

“La solución que le dieron los Cirujanos es bastante sensata: cerrar la perforación y, para descomprimir el remanente gástrico y que cicatrizara con la menor presión intraluminal posible, hacen una gastrostomía (dejar un tubo en la cámara gástrica) al tiempo que hacen una yeyunostomía de alimentación, para nutrir al paciente por vía enteral. No hay objeción a ello”.

H) El perito-médico examina también si la pancreatitis que se desencadenó el día 6 de julio de 2016 pudo haber sido advertida en el curso de la cirugía practicada ese día y, si se dio a ella una respuesta adecuada en la operación del día 7 de julio de 2016.

*“La primera cuestión es si esta pancreatitis estaba ya el día anterior y pasó desapercibida. La respuesta es que, **claramente, era algo nuevo. La pancreatitis aguda necrohemorrágica tiene un aspecto macroscópico absolutamente característico y es imposible que pueda pasar desapercibida para un Cirujano medianamente experto. Esto debe quedar claro. La evolución de la pancreatitis necrohemorrágica puede ser fulminante y no tiene nada de extraño que llegue a un punto florido en 24 horas.***

*La segunda cuestión es dilucidar la **causa de dicha pancreatitis. Desde luego, no tiene que ver nada con la cirugía del día anterior. La sutura del remanente gástrico nada tiene que ver con la fisiopatología de la pancreatitis aguda. No deja de ser paradójico que se extirpe la cola del páncreas con el tumor suprarrenal para disminuir las posibles complicaciones pancreáticas (fistula pancreática o pseudoquiste) y el paciente acabe haciendo una pancreatitis aguda necrohemorrágica, que es una enfermedad con altas tasas de mortalidad, con múltiples complicaciones y siempre con una evolución tormentosa”.***

El perito-médico considera que la causa de esa pancreatitis ha de buscarse en la idiosincrasia previa del paciente (obesidad, *bypass* anterior, etc.), y recuerda que, “*en una cohorte de pacientes intervenidos, la tasa de pancreatitis aguda fue de 1,04 %, que es muy significativamente superior a la tasa de 0,017 %, que es la tasa en la población no operada*”:

*“Llama la atención que la (reclamación) pase por alto los factores de riesgo que este paciente tenía para desarrollar un pancreatitis aguda, y que se pueden sacar de la revisión de conjunto "pancreatitis aguda, evidencia actual" (ver cita en la bibliografía) que son: **obesidad mórbida, diabetes tipo dos, bypass gástrico, barro biliar asociado a bypass gástrico, hipertrigliceridemia, tabaquismo y, por supuesto, pero no el más importante, la manipulación del páncreas durante la cirugía.***

*Basta con recordar que la **obesidad aumenta la posibilidad de pancreatitis crónica como factor de riesgo, en un análisis multivariante, en tres veces respecto a la población normal y que el bypass gástrico aumenta ¡¡100 veces!! la probabilidad de presentar una pancreatitis aguda (ver bibliografía)**”.*

I) El perito-médico analiza a continuación la intervención quirúrgica del día 7 de julio de 2016, que se ejecutó a la vista de que el paciente presentaba una pancreatitis aguda necrohemorrágica:

*“No existe un consenso sobre la actuación quirúrgica en los casos de **pancreatitis aguda necrohemorrágica**, y van desde una actuación muy conservadora, con drenaje de la celda pancreática, hasta la **pancreatectomía casi total**, conservando el menor páncreas posible imprescindible para asegurar la vascularización duodenal.*

En este caso... la solución que le dieron fue muy ingeniosa: realizar una colédoco-duodenostomía (abrir una ventana en el duodeno cercano al colédoco y unir el orificio coledociano al

duodeno); esta técnica, que es empleada con cierta frecuencia en cirugía para estenosis del colédoco distal, permitía dar una solución al defecto del colédoco y, además, drenar la vía biliar, algo muy práctico en las pancreatitis agudas donde el edema pancreático obstruye el flujo biliar. **Hacer una anastomosis... en el seno de una pancreatitis no presagiaba precisamente una buena cicatrización de la sutura, de forma que previsoramente drenaron la vía biliar... Todo extraordinariamente prudente y muy eficaz.**

Para no tener problemas con el remanente gástrico (las posibilidades de que la sutura realizada en la intervención anterior [del día 6 de julio] no cicatrizara bien eran muy altas), decidieron resecarlo en esta ocasión. No hay ninguna objeción, porque era un resto inútil y posible causa de nuevos problemas, de forma que fue también una maniobra prudente”.

J) Por último, el perito-médico enjuicia la oportunidad y la técnica quirúrgica empleada en las operaciones de los días 21 y 28 de julio de 2016, para subvenir a las hemorragias intra-abdominales que el paciente presentó:

“La (reclamación) intenta pasar los dos episodios de shock hipovolémico por sangrado intraabdominal (que requirieron sendas cirugías) como un defecto de técnica quirúrgica. La (reclamación) pasa por alto un detalle muy importante y es que la pancreatitis, al igual que digirió el colédoco, digiere también la pared de los vasos, y estos sangran. En la primera intervención, el sangrado era difuso del lecho quirúrgico y de la celda pancreática, pero no se objetivó un punto sangrante claro, por lo que optaron por utilizar sellantes; en la segunda intervención por sangrado, el punto sangrante provenía de la arteria gastroduodenal, y que ligaron. De manera que, por muy buena que sea la hemostasia en una cirugía por pancreatitis, el sangrado es un riesgo inherente a la enfermedad. En la segunda intervención, les pareció que el origen del sangrado era la digestión de la arteria gastro-duodenal (ver la lámina de la vascularización del estómago) y, como es una arteria cuyo flujo pueden compensar otras arterias, la ligaron”. El Síndrome de Cushing se considera, en sí misma, una circunstancia favorecedora del sangrado postquirúrgico”.

K) Sobre la base de estos razonamientos, el Dr. B.Y. formula las siguientes conclusiones, que se transcriben:

1°. El paciente presentaba un Síndrome de Cushing, con posible origen en un adenoma suprarrenal izquierdo. La indicación quirúrgica es adecuada.

2°. Firmó un consentimiento genérico para cirugía, porque los Cirujanos digestivos no disponemos de otro. En la historia clínica, consta que se le explicaron los riesgos y los beneficios de la cirugía que, en principio, iba a ser laparoscópica.

3°. La presencia de adherencias vascularizadas en la capsula del bazo hizo que se reconvirtiera a cirugía abierta.

4°. El sangrado del bazo, así como las adherencias del adenoma a la cola pancreática, aconsejaron resecar en bloque el adenoma con la cola pancreática y el bazo.

5°. Se tomaron muestras del tejido para-aórtico cercano al hilio renal izquierdo, como estaba previsto. Estas muestras resultaron ser tejido pancreático ectópico. No ha habido, por tanto, ninguna confusión ni “despiste anatómico”.

6°. *La perforación gástrica no pudo producirse y pasar desapercibida en la cirugía, porque se trata de una lesión diferida (4° día del postoperatorio), posiblemente por mala vascularización al ligar los vasos cortos gastro-esplénicos.*

7°. *Los Cirujanos diagnosticaron el abdomen agudo y el paciente fue intervenido con prontitud. La solución que le dieron es adecuada.*

8°. *Por los drenajes, comenzó a salir líquido biliar, por lo que fue intervenido al día siguiente. Se apreció una pancreatitis aguda con una necrosis coledociana.*

9°. *La solución que le dieron a este problema es adecuada (y muy eficaz).*

10°. *La pancreatitis aguda postquirúrgica se da en el 5% de las adrenalectomías izquierdas, pero también aparece en otras intervenciones no relacionadas con el páncreas.*

11°. *El paciente tenía múltiples factores de riesgo para desarrollar la pancreatitis aguda (síndrome de Cushing, obesidad, diabetes, bypass gástrico previo).*

12°. *En concreto, el riesgo de pancreatitis aguda después de un bypass gástrico es 100 veces superior al de la población normal.*

13°. *La pancreatitis aguda grave tiene una altísima tasa de mortalidad y es un proceso muy lento y complicado que evoluciona independiente de la causa que lo originó.*

14°. *Sólo un manejo adecuado y agresivo, médico y quirúrgico, del problema consiguió salvar la vida del paciente*

15°. *De las secuelas que aduce la (reclamación), sólo reconocemos que la gastrectomía del remante gástrico hace irreversible la cirugía de bypass gástrico, cosa que carece de importancia puesto que no se ha planteado ese supuesto. El resto de las secuelas no tiene que ver directamente con la adrenalectomía y sus complicaciones, sino con la enfermedad de base y con el bypass gástrico previo.*

En definitiva, la actuación de los distintos Servicios del HSP: ***“... se adecúa a la lex artis. La pancreatitis aguda es una complicación típica de esta cirugía. Carecen de fundamento todos los argumentos de la (reclamación)”***.

Quinto

El informe de la Inspección médica.

La Inspección médica evacuó la petición de informe que le había dirigido el Instructor del expediente el 17 de octubre de 2018, mediante el informe de 15 de marzo de 2019, de la Dra. C.C. que examina los documentos obrantes hasta ese momento en el expediente administrativo y alcanza unas conclusiones que coinciden con las ya manifestadas por el Servicio de Cirugía del HSP y por el Dr. B.Y. Figuran en los folios 379 a 382 del expediente administrativo, y de ellas, entresacamos las que siguen:

1ª. La intervención de extirpación del adenoma suprarrenal por vía laparoscópica estaba correctamente indicada para la patología que presentaba.

2ª. El paciente firmó el consentimiento informado para esta intervención, en el que hace constar haber sido informado verbalmente, de forma detallada, del diagnóstico, de las razones por las que es necesario el tratamiento propuesto, sus ventajas y posibles complicaciones, no pudiendo suponer, por lo tanto, tal y como se reclama, que careciera de datos para la correcta comprensión del procedimiento y riesgos solo por el hecho de que se trate de un documento genérico en el que no se recoge expresamente esta información.

3ª. (Es de) añadir que no existe una normativa que regule el formato concreto de estos consentimientos informados, ni existen documentos específicos de este procedimiento redactados por la Asociación Española de Cirugía.

4ª. En el transcurso de la operación, se produjo la lesión de vasos esplénicos que obligó a proceder a realizar la reconversión a cirugía abierta por la pérdida de visibilidad por sangrado a través del visor del laparoscopio y a la extirpación del bazo, extirpación indicada en la literatura médica ante una lesión significativa de su vascularización, como sucedió.

5ª. Aunque se pueda considerar la lesión de vasos esplénicos una complicación poco frecuente en una suprarrenalectomía, sí están descritas lesiones iatrogénicas a nivel del bazo, que generalmente ocurren en el curso de operaciones, en la porción superior del abdomen. Además, hay que tener en cuenta que el paciente contaba con ciertos condicionantes; lesiones ocupantes de espacio abdominales compatibles con hematopoyesis extramedular y cirugía abdominal previa (bypass gastroileal), con desarrollo de adherencias periesplénicas, ya descritas en el protocolo quirúrgico, que añadieron complejidad al procedimiento quirúrgico al intervenir en esa zona y que puede explicar la lesión de esos vasos, sin derivarse de una impericia. Ya en la propia reclamación se hace también referencia a esta "dificultad añadida (adherencias...), que pudiera, estar relacionado con la cirugía bariátrica a la que se había sometido el paciente un año antes, como posible dificultad en la disección".

6ª. Aunque se haya procedido a la extirpación del bazo, tanto el hecho de contar con un bazo accesorio que puede cumplir funciones inmunológicas propias, como la existencia de focos de esplenosis, considerado tejido esplénico viable y funcional, condicionan la persistencia de su función inmunológica.

7ª. La resección de la cola del páncreas realizada ante la sospecha de presentar una masa de aspecto tumoral adherido al mismo, si bien a posteriori pueda entenderse como un acto innecesario tras haberse descartado patología maligna en su estudio histológico, dada la sospecha de malignidad que condicionó su extirpación y las escasas consecuencias funcionales que se suponían al realizarse la resección de la cola de páncreas con preservación del resto del tejido pancreático, no se puede considerar que, en ese momento, dicha decisión quirúrgica no estuviera justificada ni que esto supusiera un proceder contrario a la lex artis.

8ª. Con respecto a la posible equivocación, que se plantea en la reclamación, cometida al proceder a la extirpación de todo/casi todo el cuerpo del páncreas, al confundirlo con un tumor retroperitoneal dado que su estudio histológico lo identifica como tejido pancreático, (es de) indicar que no se puede afirmar que se haya cometido dicho error, ya que dicha tumoración se puede corresponder con un páncreas ectópico, hecho que aunque no es frecuente, si está descrito en la literatura médica, señalando, además, que, posteriormente, en el propio cuerpo del páncreas, presentó una grave complicación.

9ª. Tras la intervención y tal y como se deduce de las notas clínicas evolutivas y estudios analíticos, el seguimiento realizado por el personal sanitario puede considerarse adecuado. En un principio, la evolución fue favorable, encontrándose (el paciente), en todo momento, afebril, con parámetros analíticos, sin evidencia de signos de patología aguda ni gravedad y con una exploración abdominal dentro de la normalidad.

10ª. Fue al quinto día de la intervención cuando (el paciente) sufrió un rápido y progresivo empeoramiento, presentando una situación clínica con signos exploratorios sugestivos de patología abdominal de gravedad, que justifica la indicación que, en ese momento, se hizo de cirugía de urgencia en la que se evidenció una perforación del estómago remanente que fue resuelta de manera correcta.

11ª. No se puede afirmar, tal y como se asegura en la reclamación, que esta perforación se produjera durante la primera intervención y pasara desapercibida los días siguientes. La zona donde apareció estaba muy alejada de la zona a intervenir y este tipo de complicación, tal y como se describe en la literatura médica, ocasiona, en muy poco tiempo, unos síntomas y signos muy característicos que no presentó en el posoperatorio inmediato pero que, si aparecieron, de manera repentina, días más tarde, prestándole, en ese momento, la atención sanitaria que correspondía.

12ª. Pese a un adecuado seguimiento y planteamiento terapéutico en el que se atendieron distintas complicaciones que fueron surgiendo, (el paciente) desarrolló una pancreatitis necrohemorrágica, que debutó con un cuadro de sepsis con abdomen agudo, por el que precisó ser nuevamente intervenido.

13ª. Posteriormente, (el paciente) presentó dos episodios de shock hipovolémico por sangrado de arterias pancreáticas y peripancreáticas, complicación relacionada con la propia pancreatitis y que igualmente fueron tratadas quirúrgicamente, tal y como procedía.

14ª. La propia cirugía/trauma abdominal está considerada como causa de pancreatitis y, en este caso, además, se añaden otros factores de riesgo, como la obesidad y la diabetes; por lo que no se puede establecer una causa directa de la misma la intervención sobre el páncreas realizada previamente, ni se puede determinar que este hecho haya condicionado su gravedad ni evolución posterior.

15ª. Posteriormente, la evolución (del paciente) fue lenta pero favorable, recibiendo asistencia por diversos Especialistas con tratamientos acordes a su estado”.

Igualmente, descarta la relación causal entre la operación y otros aspectos del estado médico del paciente (necesidad de tomar vitaminas, diabetes *Mellitus*, hernias inguinales, colgajos cutáneos), que preexistían a la primera operación, efectuada el 1 de julio de 2016.

De todo ello, concluye que: **“por lo expuesto y pese a que la evolución del paciente no ha sido la esperada por las numerosas complicaciones surgidas, no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta y que no se haya actuado en todo momento conforme a la lex artis”.**

Sexto

Concluida la fase de instrucción, se comunica al interesado, mediante escrito de 18 de marzo de 2019, notificado el 20 de marzo, la apertura del trámite de audiencia, así como su derecho a formular alegaciones y presentar los documentos que estime por conveniente.

El reclamante presenta alegaciones el día 9 de abril de 2019, incidiendo en los argumentos vertidos en su reclamación, y acompañando un informe pericial complementario emitido por el Dr. Sr. L.T.

Séptimo

Con fecha 18 de septiembre 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.

Octavo

La Secretaria General Técnica de la Consejería actuante, el 18 de septiembre de 2019, 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 22 de octubre de 2019.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente en fecha 30 de octubre de 2019, que ha tenido entrada en este Consejo el día 4 de noviembre 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 noviembre 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, por lo que nuestro dictamen tiene carácter preceptivo.

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 art. 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. Reclamación.

El reclamante, en síntesis, mantiene que la intervención quirúrgica a la que fue sometido el 1 de julio de 2016 fue incorrectamente ejecutada, y que, en ella, se le habrían extirpado, por error, el bazo y una parte del páncreas. De esa afirmación extrae que las sucesivas intervenciones quirúrgicas a que fue sometido los días 6, 7, 21 y 28 de julio de 2016 fueron consecuencia de esa mala práctica quirúrgica. En definitiva, reprocha a la Administración sanitaria el haber sufrido una serie de secuelas (que enumera en su reclamación), y por las que reclama, una indemnización de 800.000 euros.

2. Propuesta de resolución.

La Propuesta de resolución del Instructor del expediente, de 18 de septiembre 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 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 las concretas prestaciones que, en cada momento, 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. Criterio del Consejo.

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 el informe pericial de la Consultora médica *P.* para la Aseguradora del SERIS, y la Inspección médica, tras el correspondiente diagnóstico, las sucesivas intervenciones llevadas a cabo por el Servicio de Cirugía del HSP, fueron realizadas de forma correcta y adecuada.

4. Idiosincrasia previa del paciente.

En línea de principio, ha de llamarse la atención sobre la idiosincrasia previa del paciente, es decir, sobre estado del paciente anterior a la operación quirúrgica de 1 de julio de 2016. A nuestro juicio, la prueba aportada al expediente obliga a concluir que las numerosas complicaciones previas del paciente dificultaron notablemente la propia ejecución de la cirugía prescrita (extirpación de la glándula suprarrenal izquierda), y la recuperación posterior del paciente, de modo que fueron, en buena medida, la causa que explica las numerosas complicaciones que el interesado presentó tras esa cirugía.

A) Según el informe del Dr. L.T, aportado por el reclamante, éste llevaba siendo tratado desde el año 2007 por hipercortisolismo, y había sido diagnosticado de *Síndrome de Cushing*, que es un trastorno hormonal causado por la exposición prolongada a un exceso de cortisol. A su vez, el cortisol es una hormona producida por las glándulas adrenales.

Uno de los efectos que produce el citado *Síndrome* es el de la obesidad, motivo por el que, habiendo llegado el paciente a pesar hasta 120 kg, había sido sometido, en el mes de julio de 2015 (apenas un año antes de la suprarrenalectomía izquierda) a un *bypass* gastroileal, que había dividido su estómago en dos partes: un muñón gástrico (anastomosado al intestino delgado), y un remanente gástrico, ya no funcional, como explica pormenorizadamente el informe del Sr. B.

Otro efecto asociado al hipercortisolismo es el aumento de **azúcar en la sangre**, debiendo indicarse a este respecto que con anterioridad a la operación el paciente ya había sido diagnosticado de diabetes *Mellitus*, tipo 2.

Además, también el Sr. L.T. describe cómo el paciente presentaba “*posible adenoma suprarrenal izquierdo*”, “*grandes masas retroperitoneales bilaterales biopsiadas*”, “*quistes hepáticos múltiples*” y, en fin, una “*dificultad en el manejo del síndrome de Cushing*”. Por ese posible adenoma suprarrenal izquierdo, el paciente se sometió a la operación que, en definitiva, tenía por objeto su extirpación.

B) Estas circunstancias, lejos de ser ajenas o independientes a las dificultades de ejecución de la operación, o a las severas complicaciones que evidenció el proceso posoperatorio, están directamente vinculadas con aquélla y con éstas.

Así, resulta ilustrativo el informe del Dr. B. cuando razona que el interesado había sido sometido a un *bypass* gástrico en julio de 2015, por lo que se encontraba, en julio de 2016 “*en pleno proceso de adelgazamiento*”, con las repercusiones que ello suponía en cuanto a “*desnutrición calórico-protéica*”, y el inevitable “*deterioro de la cicatrización*”, la depresión del “*estado inmunológico*” y la menor “*resistencia a la infección*”. Por ese motivo, “*las cirugías realizadas en el primer año, tras la cirugía de bypass deben evitarse por la tasa prohibitiva de complicaciones*”, llegando la tasa de mortalidad en las reintervenciones, a tasas del 50 %.

Por otro lado, el riesgo de sufrir la pancreatitis (que se desencadenó el 7 de julio de 2016, y por la que hubo de ser intervenido), aumenta cuando quien es intervenido quirúrgicamente en la zona retroperitoneal presenta factores adicionales (como la diabetes, la obesidad mórbida, haber sido operado de un *bypass* gástrico...), circunstancias que concurrían cumulativamente en el reclamante. En particular, la obesidad aumenta 100 veces el riesgo de sufrir pancreatitis.

Sirvan las anteriores consideraciones, sobre la idiosincrasia que presentaba el paciente antes de ser intervenido por primera vez, para poner en su adecuado contexto la intervención quirúrgica a la que el paciente fue sometido el 1 de julio de 2016.

5. Cirugía.

El reclamante no hace cuestión de que la técnica quirúrgica indicada (suprarrenalectomía izquierda laparoscópica) fuera la correcta; y tampoco sobre la conversión sobrevenida de la cirugía laparoscópica en cirugía abierta.

Sea como fuere, a este Consejo le parecen razonables las explicaciones proporcionadas, tanto por el Servicio de Cirugía del HSP, como por el Dr. B. En la cirugía laparoscópica, el equipo quirúrgico controla la operación a través de la imagen. Cuando, circunstancias, acaecidas ya en el curso de la operación, impiden o dificultan la visión (por ejemplo, una rotura de vasos esplénicos), lo que exige la propia seguridad vital del paciente es, precisamente, reconvertir tal cirugía en abierta y, por tanto, manejar las vísceras con las propias manos del Cirujano.

En este caso concreto, la cirugía proyectada requería, como paso previo y para acceder a la glándula suprarrenal, apartar una serie de vísceras (colon, fundus gástrico – parte posterior del estómago-, cola del páncreas y del bazo). En las condiciones previas del paciente (que tenía “*grandes masas retroperitoneales bilaterales biopsiadas*”, “*quistes hepáticos múltiples*” y “*nódulos heterogéneos de gran tamaño (hematopoyesis extramedular)*”) la retirada de esas vísceras produjo el sangrado de un vaso esplénico y, con ello, la imposibilidad de proseguir la cirugía laparoscópica en condiciones de seguridad para el paciente.

6. Extirpación.

Por otro lado, el reclamante funda su petición indemnizatoria en la afirmación primordial de que le fueron extirpado el bazo y una parte del páncreas por error, esto es, por una defectuosa praxis médica en la ejecución de la suprarrenalectomía.

Sin embargo y a la vista de la prueba que ha sido aportada al expediente, ese hecho no ha quedado probado, resultando convincentes a este Consejo las aclaraciones y explicaciones ofrecidas por el propio Servicio de Cirugía, y respaldadas por el Dr. B.

De nuevo, ha de acudirse a la idiosincrasia previa del paciente. El Servicio de Cirugía razona que el interesado presentaba importantes alteraciones anatómicas respecto de lo que es una zona retroperitoneal normal o estándar: adherencias secundarias al *bypass* gastro-ileal, importante cantidad de grasa, masas retroperitoneales adyacentes de difícil valoración e identificación respecto a la cola del páncreas, adherencias periesplénicas...

A) Por otro lado, en la **zona peripancreática** se observa lo que, a criterio del equipo quirúrgico y en una impresión macroscópica, es sospechoso de ser una tumoración retroperitoneal izquierda, de “*aspecto granujiento*”, que “*se infiltra por detrás de los vasos renales izquierdos hasta la cava*”, “*íntimamente adherida a la cola del páncreas*”, por lo que se procede a su extirpación, teniendo en cuenta, además, que uno de los objetivos de la operación era “*el estudio anatomopatológico de dichas masas retroperitoneales*” (informe del Servicio de Cirugía del HSP de 23 de agosto de 2018).

Estas apreciaciones conducen a dos conclusiones: **i)** la primera es que el equipo quirúrgico fue en todo momento consciente de que lo que extirpaba era la cola del páncreas (así lo hace constar en el protocolo quirúrgico suscrito inmediatamente tras la operación, el 1 de julio de 2016), y, en sentido contrario, que no se debió a un error o a un despiste quirúrgico, como parece aducir el reclamante; y **ii)** la segunda es que tal extirpación obedeció a un criterio médico de pura prudencia y de ponderación de riesgos: no podían dejar de extraerse esas masas retroperitoneales adheridas al páncreas (sospechosas de ser un tumor), sin afectar a la cola misma de la víscera; y, al mismo tiempo, no podía asumirse quirúrgicamente el riesgo de dejar sin extraer lo que macroscópicamente impresionaba ser un tumor. Por otro lado, la parte de víscera extraída (11 cms), no privaba de funcionalidad al páncreas mismo, por lo que las ventajas de la extracción superaban a los inconvenientes.

La circunstancia de que, *ex post* (en un análisis anatomopatológico, que sólo puede verificarse *a posteriori*) se comprobase que lo extraído no era un tumor no convierte en negligente o incorrecta la decisión médica adoptada en el curso de la operación. Desde luego, parece razonable concluir que, si el equipo quirúrgico hubiera tenido la plena seguridad de que la cola del páncreas no estaba rodeada por un tumor, no habría procedido a la extracción en esos términos.

Estas conclusiones se ven confirmadas por el informe del Dr. B, que razona que el paciente presentaba un páncreas ectópico, una simple variante anatómica, por lo que en ningún caso puede considerarse que hubiera un error en la determinación de qué víscera se estaba viendo afectada por la extracción.

Por otro lado, es claro que la sutura del páncreas (del que sólo se hizo una resección, y no tres) fue técnicamente correcta, como evidencia el hecho de que, en el posoperatorio, no se verificaron las consecuencias típicas de un error en la sutura (fístula o pseudoabceso pancreático).

B) Semejantes consideraciones cabe hacer respecto del **bazo**, que también presentaba numerosas adherencias. En este caso, al intentar movilizarlo se produjo un sangrado y, ante la imposibilidad de suturarlo y detener la hemorragia con ligaduras y puntos (es un órgano muy vascularizado), el cirujano, nuevamente ponderando las ventajas y los inconvenientes de una y otra opción, decidió extirparlo (esplenectomía técnica), tal como expone el informe del Sr. B. transcrito en el Antecedente de Hecho Cuarto.

Por otro lado, análisis posteriores a los que fue sometido el paciente (TAC del mes de febrero de 2017) ponen de manifiesto que sigue teniendo tejido esplénico viable.

7. Perforación.

En relación con la supuesta **perforación gástrica**, el Servicio de Cirugía, en su informe de 23 de agosto de 2018 afirma que comprobó, en la operación de 7 de julio de 2016, que no había tal perforación.

Sea como fuere, parece razonable descartar que en el curso de la intervención quirúrgica del 1 de julio de 2016 se pudiera producir una perforación gástrica: i) primero, por el propio punto en el que el equipo quirúrgico accede al cuerpo del paciente y a su zona retroperitoneal, que está *“bastante alejado”* del *“antro gástrico”*, que nunca quedó expuesto a la cirugía, ni siquiera cuando esta se reconvirtió a cirugía abierta; y ii) segundo, por la presencia de un dato que resulta concluyente: si efectivamente hubiera habido, desde el día 1 de julio de 2016, una perforación gástrica, se habría producido inmediatamente un derrame de jugo gástrico (muy ácido, puede llegar a un PH de 2) hacia fuera del estómago, lo que, a su vez, habría producido, de modo inmediato, los síntomas inequívocos que describen tanto el Servicio de Cirugía como el Dr. B. (fiebre, dolor agudo abdominal, peritonismo), y que fueron los contrarios a los que presentó el paciente durante los cuatro días primeros (del 2 al 5 de julio de 2016).

En las expresivas palabras del Dr. B, *“ningún humano puede vivir con una perforación gástrica cuatro días sin morir”*, lo que sin duda parece lógico puede predicarse de una perforación de unos 3-4 cms.

La perforación, de haberse producido, habría tenido, según el Dr. B, otro origen, de tipo isquémico (sin duda favorecido por la etiología previa de un paciente que ya tenía el estómago dividido en dos partes, muñón gástrico y remanente gástrico) y próximo en el tiempo al 6 de julio de 2016, día en el que el paciente ya presentó los síntomas propios de quien padece tal perforación y en el que, por tanto, ante la sospecha de que tal perforación pudiera existir, motivó la práctica, inmediata, de la intervención producida en esa misma fecha.

8. Primera reintervención.

Por lo que hace a esa **primera reintervención**, en aras a la brevedad, reseñaremos que el equipo quirúrgico intervino de modo inmediato (el mismo día, 6 de julio de 2016, en el que se produjeron los síntomas indicativos de una posible perforación).

Por otro lado, en esa intervención, de modo prudente y conservador, se intentó mantener sin seccionar el remanente gástrico, a pesar de que no tuviera ya funcionalidad digestiva, y se optó por una solución conservadora y *“bastante sensata”*: dar unos puntos de sutura de *“donde parece salir la bilis”*, y descomprimir el muñón gástrico para que cicatrizara con la menor presión posible (informes del Servicio de Cirugía y del Dr. B.Y).

Lo que descartan de plano ambos informes es que, en el momento de la intervención del 6 de julio de 2016, el paciente presentara síntomas propios de una pancreatitis aguda. El Dr. B. afirma que *“la pancreatitis aguda necrohemorrágica tiene un aspecto macroscópico absolutamente característico y es imposible que pase desapercibida para cualquier Cirujano medianamente experto”*, sin que a tal afirmación se haya aportado prueba en sentido contrario, y sin que los datos de la historia clínica del paciente correspondientes al día 6-7-2016 permitieran inferir (al menos, no se ha acreditado otra cosa) que éste estuviera sufriendo ya una pancreatitis aguda, cuyo curso puede ser *“fulminante”* en palabras del Sr. B.

9. Segunda reintervención.

Sobre la segunda reintervención cabe destacar que, ante la presencia de abundante débito biliar y los síntomas de fallo multiorgánico que el reclamante presenta el día 7, de nuevo de modo inmediato, fue reintervenido y, en esta ocasión, se optó por un tratamiento más agresivo y se extirpa el remanente gástrico, comprobándose que el muñón gástrico no presenta perforación.

En esta intervención, a diferencia de la del día anterior, sí se aprecian síntomas claros de pancreatitis aguda necrohemorrágica *“que digiere hasta la pared del colédoco, siendo esto el origen de la filtración biliar y posteriormente el origen de las hemorragias”* que presentará el paciente, según explica el Servicio de Cirugía.

Estas circunstancias ponen de manifiesto: **i)** que la atención sanitaria al paciente fue continua y la reacción inmediata en todo momento; **ii)** que si el equipo quirúrgico detectó la pancreatitis aguda en la operación del día 7 de julio, también la hubiera detectado en la del día 6 de julio, de haber existido en ese momento y de haber sido perceptible a simple vista; **iii)** que la resección del remanente gástrico no se produjo sino cuando fue imprescindible, habiendo intentado el equipo quirúrgico su mantenimiento hasta que no fue posible; y **iv)** que tal resección no va a perjudicar la función digestiva, de la que ya carecía ese remanente.

10. Pancreatitis.

Por lo que hace a la pretendida relación causal entre la pancreatitis aguda sufrida por el paciente y una presunta mala praxis médica (bien en la operación del día 1 de julio, bien en la del día 6 de julio), debe señalarse que no se ha aportado una prueba concluyente de que fuera una defectuosa ejecución de cualquiera de esas operaciones lo que provocara el desencadenamiento de esa pancreatitis.

Más bien, al contrario, parece lógica la afirmación del Servicio de Cirugía, según el cual “*cualquier traumatismo abdominal, o intervención quirúrgica abdominal y no abdominal*” pueden provocarla y, de hecho “*la manipulación pancreática o la intervención sobre la glándula es una de las causas de pancreatitis*”, de modo que la propia intervención quirúrgica del día 1 de julio de 2016 –aunque se acepte que está adecuadamente ejecutada- “*puede ser una de las causas desencadenantes*”.

A partir de ahí, si ya cualquier intervención abdominal y cualquier manipulación quirúrgica del páncreas incrementan el riesgo de una pancreatitis aguda, ese incremento de posibilidades se puede afirmar tanto más en pacientes que ya presenten elementos de riesgo propios y endógenos para padecerla, y, sin duda, ese es el caso del interesado, que se sometió a la operación del día 1 de julio de 2016 con diabetes *Mellitus*, tipo 2, obesidad y un previo *bypass* gastro-ileal; factores todos ellos que, de acuerdo con la literatura médica citada por el Sr. B, autónomamente, aumentan el riesgo de padecer una pancreatitis. Algunos de modo muy notable, como la preexistencia de un *bypass* gástrico (hasta cien veces).

11. Sangrado intra-abdominal.

En fin, según indica el Sr. B, una pancreatitis aguda puede tener, como efecto propio, un sangrado intra-abdominal, dado que las pancreatitis digieren la pared de los vasos sanguíneos.

Desde esta óptica, la afirmación de que fue una mala práctica quirúrgica lo que generó las hemorragias que obligaron a las intervenciones de los días 21 y 28 de julio de 2016 incurre, a nuestro juicio, en el mismo error que la de sostener que fue esa aducidamala ejecución lo que dio lugar a la pancreatitis aguda que sufrió el paciente.

El reclamante no hace cuestión del modo en que se ejecutaron esas dos operaciones o de la técnica empleada, debiendo señalarse que, mientras en la primera se observó un sangrado difuso (y se practicó una homeostasia mediante agentes homeostático), en la segunda se detectó un sangrado activo que procedía de la arteria gastroduodenal, que fue ligada.

A su vez, la realización de las intervenciones quirúrgicas de los días 21 y 28 de julio de 2016, así como la posterior arteriografía selectiva (realizada cuando el paciente ya estaba estable, el 3 de agosto de 2016), evidencia que, en el HSP, la asistencia al interesado fue permanente y continua, y que se le intervino de modo inmediato cada vez que las circunstancias lo requirieron.

12. Secuelas.

Por último, este Consejo no advierte la existencia de relación de causalidad entre la operación del día 1 de julio de 2016 y ciertas secuelas que el interesado afirma. Bien porque ya las presentaba con anterioridad (diabetes mellitus tipo 2, necesidad de tomar complejos vitamínicos, presencia de colgajos subcutáneos derivados de la operación de bypass gastro-ileal), o bien porque carecen de relación causal lógica y directa con el contenido de esa operación (hernias inguinales, o impotencia sexual).

13. Recapitulación conclusiva.

En definitiva, a la vista de la prueba practicada en el seno del expediente de responsabilidad patrimonial –y sin perjuicio de la que el actor pueda aportar en otras instancias- no hay elementos probatorios que obliguen a concluir que la técnica quirúrgica seleccionada fuera incorrecta, que la Administración sanitaria, al prescribirla para el paciente y al ejecutarla, obrara contra la *lex artis*; que la atención que se le dispensó al paciente no fuera continua; o que la Administración no empleara, en cada momento y ante cada situación, los mejores y más aptos medios y técnicas conocidos por el estado de la ciencia médica.

Cuarto

Sobre el consentimiento informado

Por lo que hace a la prestación del consentimiento informado del paciente, deben proyectarse aquí las consideraciones generales realizadas en el Fundamento Jurídico Segundo.8 de este dictamen.

Como ha quedado dicho, en el caso que nos ocupa, el paciente, o su hija, suscribieron hasta seis documentos de consentimiento informado. Uno por cada una de las operaciones a las que fue sometido (los días 1, 6, 7, 21 y 28 de julio, y 3 de agosto de 2016).

En particular, debe destacarse el firmado por el interesado el 19 de mayo de 2016, relativo a la suprarrenalectomía izquierda, en el que el reclamante ratifica haber sido “*informado verbalmente de forma detallada, del diagnóstico y de las razones por las que es necesario el tratamiento propuesto, sus ventajas y sus posibles complicaciones, así como los tratamientos alternativos; y después de leer detalladamente este documento y comprenderlo, informado por*” el Dr. G.A.M.

Como hemos señalado en otros dictámenes respecto a la virtualidad eximente de dichos documentos (por todos, D.94/18), este Consejo considera que, aun admitiendo que resulta harto difícil que un consentimiento informado resulte eficaz en su objetivo fundamental (instruir e ilustrar de la mejor manera posible al afectado), es suficiente a los fines liberatorios que ahora analizamos; y ello por las siguientes razones: **i)** porque en el expediente consta que el Médico expuso al paciente las contingencias y secuelas que podían derivarse de las intervenciones, algo que el propio interesado –mayor de edad y en plenas facultades mentales- ratificó bajo su firma; y **ii)** porque, en el escrito de reclamación, el interesado se limita a poner en duda la exhaustividad de esa información que le fue suministrada, lo que pugna con el hecho de que el propio interesado firmara voluntariamente ese documento, en el que califica la información suministrada como “*detallada*”, sin que nadie pueda válidamente ir contra sus propios actos.

Según cabe razonablemente suponer, si el interesado suscribió ese documento, al menos tuvo que tener conocimiento de cuál era la naturaleza de ese documento y los efectos que tenía el firmarlo. Y, si lo hizo, pudo sin duda solicitar de los Servicios Médicos del HSP que se le facilitara una relación expresa y escrita de todas las posibles contingencias y riesgos que entrañaba la operación a la que iba a ser sometido, petición que nunca formuló.

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