

En Logroño, a 26 de marzo de 2012, 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. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. José María Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

20/12

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. J. A. S. de J. E. y sus seis hijos, por daños y perjuicios que entiende, causados por errores en el tratamiento quirúrgico, mediante colecistectomía laparoscópica, de su fallecida esposa y madre, respectivamente, D^a F. M. M.; y que valoran en 132.095,26 euros.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

En fecha 29 de julio de 2011, las personas expresadas presentan un escrito de reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración, ante la Oficina General del Registro del Gobierno de La Rioja, que tiene su entrada en la Consejería consultante el día 2 de agosto, por importe de 132.095,26 euros, haciendo constar el siguiente relato de hechos:

“La esposa y madre de los reclamantes con fecha 11 de agosto de 2010 y con motivo de una colelitiasis y pancreatitis, desde cirugía bariátrica, ingresó en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño, al objeto de someterse a una intervención quirúrgica, ya programada, de colecistectomía laparoscópica (dissección o extirpación de la vesícula).

Con fecha 12 de agosto de 2010, le fue practicada, en el referido Centro sanitario, la mencionada colecistectomía laparoscópica con anestesia general, mediante la técnica de acceso habitual y con colocación de dos clips metálicos o grapas para ocluir la luz del conducto cístico.

Todo procedimiento quirúrgico finaliza con la revisión de la técnica operatoria realizada y de los órganos abdominales para comprobar que la técnica se ha realizado correctamente y que no se ha producido ninguna complicación. Finalizada la operación y pese a que la paciente, presentaba una pancreatitis, ni se realizó una colangiografía intraoperatoria, que permite proveer una advertencia temprana acerca de un error quirúrgico en este tipo de cirugía, ni una ecografía laparoscópica, aconsejada en las Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos y en las Guías de la SAEG.

Asimismo, en el postoperatorio, la paciente sufrió una complicación consistente en una fuga biliar en el cístico, con producción de coleperitoneo y peritonitis postoperatoria química. La referida fuga de bilis se produjo a nivel del conducto cístico grapado y por una filtración de la bilis entre las dos grapas colocadas; de hecho, se procedió a la sutura del cístico con un punto transfixivo, dejando de fluir la bilis, lo que implica que, durante la intervención, no sólo se produjo una lesión del conducto cístico, sino también una insuficiencia del clip o grapado, el cual se efectuó de forma insuficiente y, por tanto, incorrecta.

A las 48 horas desde la intervención, esto es, el día 14 de agosto, ya se puso de manifiesto una clínica clara de empeoramiento que se agravó a las 72 horas, esto es, el día 15 de agosto, evidenciando la existencia de una complicación abdominal postquirúrgica que, pese a su previsibilidad, no fue diagnosticada ni tratada a tiempo y con la diligencia necesaria.

De esta manera, la paciente no es hasta el día 15 de agosto y a última hora de la tarde, cuando se le diagnostica posible peritonitis postoperatoria aguda y coleperitoneo (derrame de bilis en el peritoneo), diagnóstico que, aunque adecuado, resultaba ya, sin embargo, muy tardío. Fue intervenida, no en ese instante, sino más tarde, al día siguiente 16 de agosto de 2010, a las 14,18 horas, desde donde y tras ser reintervenida, se le traslada a la Unidad de Medicina Intensiva, de manera que, tras un empeoramiento de su situación clínica con fracaso multiorgánico por peritonitis química de origen biliar, acaba, trágica e inesperadamente, falleciendo a las 19,30 horas.

Concluye la reclamación concretando el importe de los perjuicios ocasionados en 132.095,26 euros, a razón de 79.257,25 euros, para el esposo y 8.806,35 euros, para cada uno de los seis hijos.

A la citada reclamación, se adjunta certificación de matrimonio del primer reclamante con la fallecida, copia del Libro de Familia, en el que constan los hijos habidos del matrimonio, y diversa documentación médica relativa a la asistencia dispensada a la paciente.

Segundo

En fecha 3 de agosto, se dicta Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial, nombrándose Instructora del mismo, y comunicándose igualmente al primer reclamante diversa información relativa a la instrucción del mismo.

Tercero

En fecha 4 del mismo mes, se solicita de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan de la atención prestada a la esposa y madre de los reclamantes por los hechos relatados en el escrito inicial, su historia clínica relativa a la asistencia objeto de reclamación y, en particular, el informe de los Facultativos que le atendieron, comunicándose igualmente la reclamación a la Correduría de Seguros con la que se tiene contratada la póliza de responsabilidad civil. La citada documentación consta, a continuación, en el expediente administrativo.

En el informe del Servicio de Cirugía General-Digestivo y Plástica, se hace constar lo siguiente:

(La paciente), fue intervenida, el día 12 de agosto de 2010, por colelitiasis, realizando una colecistectomía laparoscópica. Según el protocolo quirúrgico, la intervención transcurrió sin incidencias y sin detectar ninguna anomalía anatómica de la vía biliar, por lo que se procedió a la disección, sección y grapado del conducto cístico previamente a realizar la colecistectomía, como es el proceder habitual de este procedimiento quirúrgico.

Las referencias, que se hacen en el escrito de la reclamación a la ecografía laparoscópica, la colangiografía intraoperatoria y el drenaje, están fuera de contexto en la realización del procedimiento de colecistectomía, tanto por vía laparotómica como laparoscópica, cuando no existen complicaciones intraoperatorias.

Las guías clínicas de la SAEG, a que se hacen referencia, están dirigidas a la actuación por vía laparoscópica en el caso de dificultad en delimitar las estructuras anatómicas y con el fin de proseguir la intervención por vía laparoscópica y evitar así la reconversión a la vía laparotómica.

La complicación surgida en el período postoperatorio, en la que se apreció una fuga biliar a través del grapado del muñón del conducto cístico, es una complicación postoperatoria conocida y posible.

En el período postoperatorio, por el incremento del dolor abdominal en la tarde del día 15 de agosto, se realiza un TAC abdominal en el que se apreció dilatación de asas intestinales y líquido libre intrabdominal, se estableció dieta absoluta y sueroterapia para reposición hidroelectrolítica.

Ante la inestabilidad hemodinámica surgida a las 3,30 horas del día 16 de agosto, se indicó reintervención quirúrgica en sesión clínica a las 8,15 horas, de lo que se informó a la familia.

La reintervención no se realizó a las 14,18 horas, sino que esa fue la hora de finalización. El procedimiento anestésico se inició a las 12 horas, después del tiempo necesario para disponer de quirófano en relación con la actividad quirúrgica del Hospital en horario de mañana, de la evaluación anestésica preoperatoria y del correspondiente traslado.

Cuarto

En el expediente, consta, a continuación, un informe médico de la Inspección, solicitado por el Servicio de Asesoramiento y Normativa de la Consejería de Salud, emitido el 23 de octubre de 2011, el cual concluye que:

“Que (la paciente) fue intervenida por colelitiasis mediante la realización de una colecistectomía laparoscópica, intervención en la que no constan incidencias y para la que previamente había firmado el correspondiente consentimiento informado.

Que, durante la colecistectomía, se procedió a realizar la sección del conducto cístico, tras haber procedido a su ligadura mediante la colocación de grapas, sin que figuren problemas en su realización y sin que, posteriormente en la reintervención realizada a la paciente, en la que se constató la fuga de bilis por dicha ligadura, se apreciaran alteraciones en las grapas ni lesiones en el conducto cístico.

Que, no habiendo quedado documentados errores técnicos durante la intervención y teniendo en cuenta que la fuga de bilis a través de la ligadura del conducto cístico es una posible complicación de la colecistectomía laparoscópica conocida y descrita en la literatura médica, no puede atribuirse la misma a una mala praxis del Servicio de Cirugía. Dicha complicación puede considerarse recogida en el consentimiento informado de la intervención firmado por la paciente como «riesgo de fistula biliar con salida de bilis», ya que se entiende como fistula a una conexión anormal entre un órgano, un vaso o el intestino y otra estructura, como sucede en este caso.

Que, en relación a las referencias que se hacen en la reclamación de no haber realizado durante la intervención una colangiografía intraoperatoria, una ecografía laparoscópica o proceder a la colocación de drenajes, en el caso que nos ocupa y según la literatura consultada, no se pueden considerar que estuvieran indicados. Pese a los diversos estudios médicos publicados, no existe consenso sobre el uso de dichas técnicas de manera rutinaria en este tipo de intervenciones, estando dirigido su empleo a situaciones en las que existe dificultad en identificar estructuras anatómicas o en las que surgen complicaciones intraoperatorias.

Que no puede considerarse inadecuada la actuación seguida por el Servicio de Cirugía tras la intervención de colecistectomía, pese a la fatal evolución que presentó como consecuencia de un proceso de peritonitis química por una fuga biliar.

En los dos primeros días del postoperatorio, la situación de la paciente era de estabilidad clínica, sin presentar signos que hicieran sospechar la existencia de ningún tipo de complicación abdominal, no procediendo realizar actuaciones distintas a las realizadas.

Al tercer día, presentó 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 exploradora de urgencia.

El tratamiento quirúrgico realizado fue adecuado ante la patología que se encontró al proceder a suturar el punto por el que se filtraba la bilis y realizar la limpieza de la cavidad abdominal.

Que la evolución posterior fue desfavorable, pese a los oportunos tratamientos administrados no consiguiendo evitar el fatal desenlace, al fallecer la paciente por un cuadro de peritonitis química, entidad clínica con alto índice de mortalidad según la literatura, estando descritas en algunas series una mortalidad en la peritonitis química postoperatoria del 50%.

Tras este informe, consta en el expediente el emitido a instancia de la Compañía Aseguradora, en fecha 11 de noviembre, el cual contiene las siguientes conclusiones:

“La paciente fue diagnosticada, estudiada e incluida de forma correcta, como candidato a colecistectomía laparoscópica (CL). Los preoperatorios eran correctos y no contraindicaban la intervención. La paciente firmó los documentos de CI específico para colecistectomía, en donde se detallaban las posibles complicaciones del método, entre las que se encontraban las que presentó en el postoperatorio.

La cirugía se realizó sin que se apreciara durante la misma, la existencia de complicaciones por parte del cirujano que describe el protocolo de intervención. En el postoperatorio, la paciente presenta un coleperitoneo, con dolor abdominal, del que es intervenida en el momento en que presentó síntomas, que fueron confirmados por las pruebas de imagen realizadas.

En la segunda intervención, se apreció la existencia de un coleperitoneo por filtración de bilis entre los clips que grapaban el conducto cístico. Esta es una de las complicaciones más frecuentes en la colecistectomía laparoscópica. La morbilidad de la CL es del 1,5% al 4,7%, y la mortalidad está entre el 0,0 al 0,03%, de acuerdo a las series publicadas.

La CL es el tratamiento de elección hoy día de la colelitiasis, excepto en casos muy específicos. La colecistectomía laparoscópica tiene unas ventajas claras sobre la colecistectomía abierta. Disminuye el dolor, la estancia hospitalaria y el tiempo de recuperación de los pacientes, sin aumentar la mortalidad ni la morbilidad global.

No estamos de acuerdo con las afirmaciones que se vierten en la reclamación sobre la colangiografía, los ultrasonidos laparoscópicos y la colocación de drenajes tras una colecistectomía laparoscópica. Ninguna de estas afirmaciones está avalada por la AEC.

De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron a la paciente lo hicieron de acuerdo con la sintomatología que presentaba.

Quinto

El 23 de noviembre, se notifica al primer reclamante la apertura del trámite de audiencia, que es evacuado por escrito en fecha 12 de diciembre de 2011, al que se incorpora un informe pericial emitido en fecha 22 de abril de 2011, por lo tanto, ya se disponía del mismo en el momento de presentación del escrito inicial, y es anterior en el tiempo al resto de los informes obrantes en el expediente. Por lo tanto, en fecha 4 de enero, se emite un informe complementario por el Médico Inspector.

Sexto

El 13 de febrero, se dicta la Propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación interpuesta, que es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos en fecha 22 del mismo mes.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 24 de febrero de 2012, registrado de entrada en este Consejo el 29 de febrero de 2012, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 29 de febrero de 2012, registrado de salida el 1 de marzo de 2012, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone 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, el artículo 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, se 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, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose una cantidad de 132.095,26 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 y 141.1 LPAC), 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.

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 vigente 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.

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, en estos casos y como señala la Propuesta de resolución, la obligación del profesional médico y de 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 tendrían 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.

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 primera 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.

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.

En el caso sometido a nuestra consideración, la petición de responsabilidad patrimonial, viene apoyada en un informe pericial, obrante a los folios 107 a 160 del expediente administrativo, y cuyas conclusiones son las siguientes:

“(A la paciente), a los 68 años de edad y sin antecedente patológicos de interés, con motivo de una coleditiasis sintomática, el 12-8-2010, le fue practicada una colecistectomía laparoscópica, produciéndose su muerte el 16-8-2010, como consecuencia de las complicaciones abdominales producidas en la intervención quirúrgica.

La naturaleza de la muerte fue violenta y sus causas fueron: i) causa fundamental: fuga biliar del conducto cístico, debida a la filtración de bilis entre las grapas colocadas en la colecistectomía laparoscópica del 12-8-2010; ii) causa coadyuvante fundamental: el retraso diagnóstico y terapéutico del coleperitoneo y peritonitis.

A la paciente, que ingresó con motivo de una coleditiasis asociada a una pancreatitis, se le debieron realizar pruebas para valorar la función pancreática (p. ej: amilasa, lipasa) para optar por el tratamiento médico y posterior colecistectomía, o, directamente, proceder a la intervención

quirúrgica. En la historia clínica aportada, no constan la realización de pruebas de la función pancreática en la preoperatorio.

A la paciente, se le realizó la colecistectomía laparoscópica (CL) después del estudio preoperatorio, tratamiento profiláctico y mediante la técnica de acceso habitual, con colocación de clips metálicos para ocluir la luz del conducto cístico.

No consta que se le realizaran una colangiografía intraoperatoria, cuyo uso depende de las preferencias del cirujano, ni una ecografía laparoscópica, aconsejada en las Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirugía y en las Guías de la SAGES, no sólo porque ayuda a delimitar la incidencia de fugas biliares. No se le colocó ningún drenaje intrabdominal para impedir las consecuencias de una fuga biliar, pero en la CL habitualmente no se coloca un drenaje.

El pronóstico habitual de la CL es bueno y las complicaciones son raras. Sin embargo, la colecistectomía laparoscópica no está exente de riesgos. Las dos complicaciones de la CL más frecuentemente descritas en la literatura científica son la lesión del conducto biliar o una fuga y el vertido de piedras que resulta en la formación de abscesos tardíos. Las fugas biliares son más frecuentes en la CL que en la cirugía abierta.

La paciente firmó un documento de consentimiento informado antes de la intervención en donde no constan las fugas o filtraciones de bilis. Se debe diferenciar el concepto de fuga biliar y de fistula biliar y el significado de una infección intrabdominal que se señala en los documentos de consentimiento informado, en donde únicamente se consideran las infecciones generales y propias de cualquier intervención abdominal, que excluyen una peritonitis química por fuga biliar, debida a una insuficiencia del grapado del cístico. En la paciente, prueban que no se produjo una fistula biliar, sino una fuga biliar, los resultados del TC abdominal del 15-8-2010.

La fuga biliar es una complicación previsible, típica y propia de la colecistectomía laparoscópica. Una de sus causas es el fallo en el clip de cierre del conducto cístico, el desplazamiento, migración o la pérdida del clip en el conducto cístico.

En la reintervención de 16-8-2010, después de encontrar un coleperitoneo de más de un litro y apreciar, a nivel de cístico grapado con dos grapas, la filtración de la bilis, se procede a la sutura del cístico con un punto transfixivo, dejando de fluir la bilis.

La hoja de protocolo quirúrgico no expone ni que se haya desplazado o perdido un clip, solamente la filtración entre las grapas y necesidad de un punto de sutura, y, en base a ello, sólo podemos interpretar que se produjo una insuficiencia del clip o grapado.

La fuga biliar es evitable, si se puede diagnosticar en la intervención por medio de una ecografía laparoscópica, porque la mayoría de las veces no se identifica durante la intervención y, en el postoperatorio, sus consecuencias se pueden prevenir, si se realiza una ecografía o TC abdominal, ante una mala evolución del paciente.

Normalmente, la evolución del postoperatorio inmediato de una colecistectomía no plantea problemas. Cuando la evolución inmediata a la IQ es complicada o más difícil, hay que estar expectante, para vigilar y reducir una complicación, si aparece. Su diagnóstico no se puede establecer siempre, lo que sí es importante es saber decidir rápidamente cuándo se debe reintervenir.

La experiencia y la práctica médica habitual determinan que, si las manifestaciones clínicas en un postoperatorio continúan transcurridas las 48 horas (máximo 72 h.), se debe proceder a una laparotomía o laparoscopia exploradora.

Transcurridas 48 h desde la intervención, la paciente, el día 14-8-10, había presentado dolor agudo abdominal, tratado con paracetamol, metamizol y morfina, asociado a: náuseas y vómitos, un episodio de desaturación O₂ e 89%, que precisó O₂ a 2lx; y dolor difuso a la palpación, sin defensa abdominal, estreñimiento y ganas de hacer de vientre y no poder, siendo inefectivos el micralax y el enema casem. A las 72 h de la intervención (15-8-10), la situación clínica se había agravado ostensiblemente (ver historia clínica y consideraciones médico legales pág. 46).

La analítica de sangre era necesaria desde que se produjo el dolor agudo asociado a otros síntomas, por la gravedad que entraña un abdomen agudo postquirúrgico. No consta en la historia clínica aportada la solicitud y obtención de resultados analíticos los días 13 y 14-8-10, esenciales por la información de signos clínicos objetivos que entrañan y que impiden valorar a este nivel la situación de la paciente.

La primera analítica que se hizo fue el 15-8-10; aunque no consta en la documentación aportada el informe de laboratorio, se señala su realización en las hojas de evolución, mostrando sólo estos parámetros: Hb 14; Htco 43; Cr 3,82 (0,6-1,3); Na 131 (135-145). El 16-8-10, se solicitó una analítica para la mañana siguiente, a la vista de los resultados del TC abdominal.

En la historia clínica no consta que se le realizara ninguna analítica de orina ni un ECG los días 13, 14, 15 y 16, hasta después de la reintervención quirúrgica.

Transcurridas 48 h desde la intervención la paciente el día 15-8-10 y con la clínica descrita, no consta que a la paciente se le realizara una Rx simple de tórax; el 14-8-10, se realizó una Rx de abdomen, que mostró heces en marco cólico según la hoja de evolución clínica, pero el informe radiológico no consta en la historia clínica.

Con la clínica descrita y la mala evolución del postoperatorio, a la paciente se le debería haber solicitado, el 14-8-2010, una ecografía o TAC abdominal.

El 15-8-10, se le realizó una TC abdominal y sus resultados implicaban una actuación quirúrgica de urgencia ese mismo día.

Consideramos que a la paciente no se le dispusieron todos los medios diagnósticos necesarios en función de su situación clínica, y que las pruebas diagnósticas realizadas se dispusieron tardíamente en el tiempo.

Cuando un paciente intervenido de colecistectomía laparoscópica, sin antecedentes personales, si, a las 48 h de la intervención, no está bien o no ha evolucionado perfectamente, aunque las pruebas diagnósticas sean normales, se debe considerar que existe un problema abdominal y, por sentido común, exige una reintervención exploradora para comprobar si existe o no un problema abdominal.

La paciente sufrió una agravación de su estado clínico de forma progresiva y patente y fue reintervenida tardíamente, el 16-8-2010, a las 14,18 h, falleciendo en la UMI a las 19 h 36'.

Es cuanto podemos manifestar en cumplimiento de la misión que nos ha sido encomendada.

El citado informe pericial considera que la causa del fallecimiento de la paciente fue el retraso diagnóstico y terapéutico del coleperitoneo y peritonitis. Sin embargo, las manifestaciones del aludido informe pericial han sido rebatidas por los restantes informes existentes en el expediente administrativo, y que son de fecha posterior al redactado por la Profesora C, del R. para la reclamante.

Así, se indica que la colongiografía de comprobación en las colecistectomías laparoscópicas, se dejó de practicar hace más de 15 años, y, además, es una actuación que estaría indicada cuando exista sospecha de coledocolitiasis, no siendo el caso. Se concluye a este particular, que dicha prueba no hubiera servido para nada en el diagnóstico de la filtración de bilis entre los clips una vez realizada la colecistectomía. Por lo que se refiere a la falta de colocación de un drenaje tras la cirugía practicada a la reclamante, se concluye que ello es una práctica que ha sido abandonada hace más de 15 años.

Por otra parte, el informe complementario de la Inspección manifiesta que la analítica y el TAC abdominal que se le realizó a la paciente el 15/08/2010, a los tres días de la intervención quirúrgica, las cifras de amilasa y transaminasas se encontraban dentro de los límites normales y el área pancreática no presentaba alteraciones de interés.

Por lo tanto, habiendo firmado en su momento la paciente el documento de consentimiento informado, en el que, entre otras complicaciones, se aludía al “*riesgo de fistula biliar con salida de bilis*” y con independencia de si, en el presente caso, nos encontramos propiamente o no ante una fistula biliar, lo cierto es que se ha producido una salida de bilis, que era un riesgo informado. Como quiera que pese a lo manifestado en el escrito de reclamación, no existe dato alguno, más allá de la mera manifestación de la reclamante, acerca de la existencia de errores técnicos durante la intervención, hemos de concluir nuestra conformidad con la Propuesta de resolución.

CONCLUSIONES

Única

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser desestimada.

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