

Dictamen nº: **159/15**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.04.15**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 8 de abril de 2015, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por M.M.G.G. en relación con la asistencia sanitaria prestada por el Hospital General Universitario 12 de Octubre.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El consejero de Sanidad, mediante escrito de 20 de febrero de 2015, con registro de entrada en este Órgano el día 25 siguiente, formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario y corresponde su estudio, en virtud de reparto de asuntos, a la Sección V, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 8 de abril de 2015.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo es acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

SEGUNDO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 22 de junio de 2011, la interesada

antes citada, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos a causa de lo que considera deficiente asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, al haberse producido durante una intervención de colecistectomía laparoscópica, la sección del colédoco y una dehiscencia de suturas con posterior infección, hemorragias y complicaciones múltiples (folios 1 a 16 del expediente administrativo).

La interesada cuantifica, inicialmente, el importe de su reclamación en 180.000 € y acompaña su escrito con copia del documento de consentimiento informado, copia de diversos informes médicos y del escrito firmado por el director gerente del Hospital 12 de Octubre y la jefe del Servicio de Atención al Paciente en respuesta a la queja formulada por la reclamante (folios 17 a 50).

Con fecha 21 de febrero de 2012, la interesada presenta nuevo escrito con el que adjunta nuevos informes médicos sobre su evolución entre julio de 2011 y enero de 2012.

El día 21 de mayo de 2012 manifiesta que ha sido incluida en lista de espera de trasplante hepático, por lo que amplía el importe de la indemnización solicitada a 400.000 € y aporta nuevos informes médicos. Eleva la cantidad reclamada a 500.000 € en escrito presentado en el trámite de audiencia, en el que manifiesta que el día 4 de junio de 2013 ingresó en el Hospital 12 de Octubre para la realización de trasplante hepático porque *“sufría cirrosis hepática debida a colangitis esclerosante secundaria tras derivación biliodigestiva por lesión yatrógena de vía biliar”*.

TERCERO.- El expediente remitido permite conocer los siguientes hechos, relevantes para la emisión del dictamen:

La paciente, de 45 años de edad, ingresó el 21 de marzo de 2010 en el Servicio de Cirugía, para serle practicada al día siguiente, mediante laparoscopia, colecistectomía. La paciente fue informada de los riesgos a los que se sometía, como consta en el consentimiento informado firmado el 25 de noviembre de 2009, donde se contemplaban como complicaciones postoperatorias, “*hemorragias, infección de la herida, pequeña hernia, pérdidas de bilis (fistula), que en algún caso puede obligar a nueva intervención quirúrgica*”.

La intervención, que se inició mediante laparoscopia, hubo de ser continuada mediante laparotomía por haberse producido una sección iatrogénica del colédoco, convirtiéndose la intervención en una laparotomía, realizándose una hepático-yejunostomía en Y de Roux.

La paciente fue informada de los riesgos a los que se sometía, como así consta en el consentimiento informado, que firmó, del hospital 12 de Octubre; en el que “*se hace referencia expresa a las fistulas o pérdida de bilis, que son consecuencia de lesiones de las vías biliares*”. El documento que firmó se ha comprobado que contiene todos los ítems de la Sociedad Científica de la especialidad.

Según el protocolo de la intervención, se le dejó un drenaje biliar en HCD y otro en el lecho vesicular. El drenaje fue disminuyendo los días sucesivos (primer día 250, segundo 350, 100, 120, 25, 20, restos). La temperatura osciló entre 37.5 y 38 °C, excepto los días 23 y 27, que estuvo afebril. Durante este tiempo estuvo con tratamiento antibiótico (Piperacilina); sólo el 27 presentó un abdomen doloroso y distendido sin signos de irritación peritoneal.

El día 31 ante la persistencia de la febrícula y, sobre todo, por la leucocitosis de 25.110 objetivada en analítica, se solicita un TAC urgente

que es informado como gran colección perihepática que se extiende a ambos espacios subfrénicos *“sin poder determinar si el líquido es bilis o ascitis”*.

Ante la estabilidad hemodinámica de la paciente se decide solicitar punción de la colección con control de TAC para lo que fue citada el lunes 5 de abril.

Dos días antes, el 3 de abril de 2010, la paciente precisa transfusión al comprobar descenso del hematocrito y ante la imposibilidad de realizar la punción abdominal por radiólogo de guardia, se decide reintervenirla (segunda intervención) quirúrgicamente ese mismo día. En la intervención se encuentra coleperitoneo de dos litros, que se cultiva, salida de material bilioso de la cara posterior de la anastomosis hepático-yeunal y deserosamiento de dos asas del yeyuno; reparándose estas dos últimas, se colocó yeyunostemía de alimentación, drenaje de Penrose por encima del lóbulo derecho hepático, otro próximo a la anastomosis hepático-yeunal, para dirigir drenado biliar y otro en hipocondrio izquierdo. Todo esto tras drenar el líquido peritoneal y lavar la cavidad abdominal.

La evolución posterior fue tórpida. Se trasfundió y estabilizó a la paciente, y se realizó TAC abdominal que no encontró signos de sangrado activo.

El día 11 de abril de 2010, la paciente presentó dos episodios de heces melénicas y vómito en “poso de café” presentando esa mañana una hemoglobina de 6, indicándose transfusión. Al presentar sangrado activo por sonda nasogástrica y drenaje abdominal, el equipo de guardia decidió realizar gastroscopia en quirófano. Se encontró gran cantidad de sangre en el estómago y tras lavado se evidenció gran coágulo paracardial que no se pudo despegar y que presentaba rezume de sangre fresca a su alrededor, procediendo a realizar una esclerosis pericoágulo.

Después de la endoscopia, en el despertar, la paciente presentó caída tensional y abundante sangrado por SNG (sonda nasogástrica) por lo que se decidió nueva intervención quirúrgica (tercera intervención). Durante la misma, se observó en el estómago gran cantidad de sangre en cámara anterior gástrica, que tras evacuarla se comprobó zona de sangrado moderado en zona pericardial y una zona de úlceras con mucosa deslustrada resecando la zona, y procediendo a realizar una gastrectomía y limpieza exhaustiva de la zona (gran absceso subhepático y subfrénico derecho) y se objetivó una amplia dehiscencia (90%) de la hepático yeyunostomía con vaso arterial sangrante, por lo que se realizó reparación de la misma, limpieza y hemostasia cuidadosa.

El postoperatorio fue muy complicado, con gran comorbilidad. La reclamante presentó SDRA (síndrome de distress respiratorio del adulto) Neumonía Nosocomial. Coagulopatía mixta de consumo y por insuficiencia. Trombosis venosa portal completa. Derrame pleural. Cuadro febril de probable origen medicamentoso. Permaneció ingresada hasta el 29 de abril de 2010 en el Servicio de Reanimación Quirúrgica.

Ese mismo día, la paciente pasó a planta, al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo “B”. Presentó un cuadro de fiebre mantenida, aislando Pseudomonas aeruginosa multirresistente en sangre, tratada por el servicio de Infecciosas.

Con fecha 4 de junio de 2010, la reclamante comenzó de nuevo con fiebre alta y fue valorada por el Servicio de Aparato Digestivo ante la fiebre y alteración persistente del perfil hepático (colestasis disociada). Realizado un TAC, se informó de “*trombosis portal completa (desde a confluencia) con trombosis de ramas intrahepáticas, sin evidencia de flujo portal intrahepático, y una alteración difusa de la perfusión del parénquima hepático*

sobre todo del LDH". Se inició anticoagulación y tratamiento antibiótico de amplio espectro.

El tiempo total del ingreso fue desde el 21 de marzo de 2010 hasta el 23 de junio de 2010, fecha en la que fue dada de alta.

CUARTO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en el R.D. 429/1993, de 26 de marzo.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial RPRP, han emitido informe el Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario 12 de Octubre, de 28 de julio de 2011 que se remite a su anterior informe de 24 de enero de 2011 y da respuesta a las alegaciones de la reclamante (folios 524 y 525):

«1º) El hecho de que se produjera, durante la realización de la colecistectomía laparoscópica practicada por el Dr. A.S.G. a la paciente, una sección del colédoco, no implica necesariamente "exceso de confianza" ni "incorrecta realización", ya que las múltiples variaciones anatómicas congénitas de las vías biliares, más las producidas por la enfermedad, hacen a veces difícil la "identificación de sus elementos" y su lesión está ampliamente descrita como complicación de esta cirugía.

2º) En el momento actual, todos los pacientes, incluida M.M.G.G., son informados detalladamente de los riesgos de las intervenciones a que se van a someter y además, como ella, firman un documento de consentimiento informado que previamente se les da a leer. Estos documentos están avalados por los estamentos hospitalarios responsables, así como por las Sociedades Científicas de las diferentes

especialidades. En el correspondiente a la colecistectomía laparoscópica se hace referencia expresa a las fistulas o pérdidas de bilis, que son consecuencia de lesiones de las vías biliares.

3º) El postoperatorio inmediato de la paciente no hace suponer el problema luego objetivado, el débito drenado va disminuyendo progresivamente y, además, en ocasiones existe distensión abdominal y elevación de la temperatura, que desaparece espontáneamente en unos días. La gran colección perihepática se debió ir formando paulatinamente y no existía desde los primeros días, pues se hubiera manifestado más agresivamente. En el momento en que se aprecia un empeoramiento de la paciente se realiza un TAC abdominal URGENTE.

4º) Al no poder determinar el TAC si el líquido coleccionado era bilis o ascitis, y siendo diferente el tratamiento en ambos casos, se decide solicitar la punción, guiada por TAC, de la colección, al considerar que ésta era una agresión menor a la paciente y que podría evitar una cirugía innecesaria. No por eso se descartó la intervención quirúrgica si el estado de la paciente hiciese arriesgada la espera, lo que se realizó de urgencia, el sábado día 3, por cirujanos especialistas del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo "A".

5º) El hecho de que se produjera en el postoperatorio una fistula biliar no implica que la hepático-yejunostomía en Y de Roux, practicada por el Dr. A.S.G. tras apreciar la sección del coledoco, estuviera incorrectamente realizada. Ésta es una complicación propia de la técnica y no es infrecuente que se produzca, evolucionando habitualmente hacia la progresiva curación en unos días. La amplia dehiscencia de la misma se observó en la segunda reintervención, no existía desde el principio ni en la primera reintervención.

6º) Ninguna intervención quirúrgica es “simple” y sus complicaciones pueden encadenarse, como en el caso de M.M.G.G., de forma inhabitualmente progresiva y agresiva, a pesar de los esfuerzos terapéuticos más correctos y sofisticados. Por lo tanto, no es posible determinar cuál es el “daño proporcionado o no” producido por las complicaciones inherentes a una técnica quirúrgica.

7º) Las infecciones de origen nosocomial, como su nombre indica, se dan en el medio hospitalario, a pesar de la más exquisita asepsia y profilaxis y son debidas a alteraciones en las características de los gérmenes causantes, que les hace más virulentos. En todas las unidades en que estuvo, M.M.G.G. fue tratada según los protocolos de asepsia y profilaxis más exigentes que son los que existen en el Hospital 12 de Octubre».

Consta, igualmente, informe del Servicio de Cirugía Digestiva “B” del Hospital 12 de Octubre, de 7 de julio de 2011 (folio 526), así como del jefe de Servicio de Medicina Preventiva sobre sistemas de vigilancia y medidas recomendadas por el Servicio de Medicina Preventiva para el control de la infección hospitalaria (folios 527 a 529).

Se ha incorporado al expediente informe emitido por la Inspección Sanitaria con fecha 9 de noviembre de 2011 (folios 530 a 557) que concluye:

«La paciente ingresó para realización de colecistectomía laparoscópica el 21 de marzo de 2010 produciéndose en el acto quirúrgico una sección iatrogénica de colédoco, precisando una conversión a laparotomía, para reparación quirúrgica del mismo, realizándose una hepático yeyunostomía con reconstrucción en Y de Roux.

- *La paciente fue informada de los riesgos a los que se sometía como así consta en el consentimiento informado, que firmó, del hospital 12 de Octubre en el que si están especificados: se hace referencia expresa a las "fístulas o pérdida de bilis, que son consecuencia de lesiones de las vías biliares".*
- *En el postoperatorio inmediato no presentó signos de alarma que hicieran presumir la evolución posterior.*
- *El 31 de marzo de 2010, ante la persistencia de fiebre y leucocitosis, se le realiza un TAC urgente que es informado como "gran colección perihepática que se extiende a ambos espacios subfrénicos".*
- *Ante este hallazgo se decide solicitar punción de la colección con control de TAC para lo que fue citada el lunes 5 de abril.*
- *La actitud a seguir, ante la presencia de una colección intraabdominal, es que debe drenarse de inmediato por vía laparoscópica. No realizándose y desencadenándose una serie de acontecimientos.*
- *Dos días antes, el 3 de abril, la paciente precisa transfusión al comprobar descenso del hematocrito; ante la no posibilidad de realizar la punción abdominal, se decide reintervenirla (segunda intervención) quirúrgicamente ese mismo día, encontrándose coleperitoneo de dos litros, fístula en la anastomosis hepático yeyunal y desesoramiento de dos asas del yeyuno.*
- *Requiriendo otra intervención quirúrgica más (tercera intervención), por hemobilioperitoneo secundario a dehiscencia de la anastomosis hepático yeyunal, fístula bilioenterica, HDA masiva*

secundaria a múltiples úlceras en el fundus gástrico, realizándole gastrectomía parcial por ese motivo y reconstrucción de la anastomosis.

- El postoperatorio fue muy complicado con gran comorbilidad. SDRA (síndrome de distress respiratorio del adulto). Neumonía Nosocomial. Coagulopatía mixta de consumo y por insuficiencia. Trombosis venosa portal completa. Derrame pleural.

- Si el día 31/03, cuando se realiza el TAC urgente se hubiera procedido a evacuar la “gran colección perihepática que se extendía a ambos espacios subfrénicos” en vez de demorarse hasta el día 03/04, que hubo de realizarse de urgencia, quizá hubiera cambiado el curso del proceso. Pero esta afirmación no se puede aseverar de forma categórica».

Con fecha 20 de enero de 2012, a instancia de la aseguradora del SERMAS se efectúa informe de Valoración de Daños Corporales en el que se manifiesta que *“a nuestro criterio la praxis fue correcta en su conjunto, produciéndose el acúmulo abdominal por un acodamiento del tubo de drenaje (imprevisible), debiendo quizá haber realizado antes -como indica en su última conclusión la Inspección Médica-, la punción tras objetivarla en la TAC. El por ello que proponemos valorar el período de ingreso por esta complicación desde el 31/03/2010 al 23/06/2010”*, y se propone una indemnización de 6.098,40 €.

Notificado el trámite de audiencia el día 9 de septiembre de 1999, tal y como establecen los artículos 84 de la Ley 30/1992, de Régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento administrativo común, y 11 del mencionado Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, con fecha 26 de septiembre de 2013 la interesada presenta alegaciones con fecha de 26 de septiembre de 2013. En dicho escrito manifiesta que le ha

sido realizado un trasplante de hígado por lo que eleva su reclamación a 500.000 € (folios 648 a 651).

Tras el trámite de audiencia, se ha incorporado al expediente un informe ampliación del informe médico pericial de Valoración del Daño Corporal realizado el 20 de enero de 2012 (folios 622 a 625). Según el citado informe:

“Cuando realizamos nuestra anterior VDC de data 20 de enero de 2012, evidentemente, desconocíamos que la evolución posterior cursaría de manera tan tórpida, complicación tras complicación, hasta el trasplante hepático en junio de 2013. Es por ello que, con la documentación a dicha fecha valoramos el incremento de sanidad hospitalaria que se produjo por la lesión iatrogénica de sección del colédoco.

Tras analizar la documentación médica aportada en sus alegaciones por la reclamante, en fecha 16 de octubre de 2013, hemos de reajustar por completo nuestra VDC, tanto en sanidad como en contemplar secuelas residuales, pues en los informes asistenciales queda claramente establecido el nexo de causalidad entre la lesión del colédoco en la cirugía de enero de 2010 y el trasplante hepático que precisó finalmente en 2013.

Si bien no disponemos de los informes de los múltiples ingresos hospitalarios posteriores al 21 de marzo de 2010, en el escrito de alegaciones se acotan los mismos (algo que no ponemos en duda, pues es fácilmente contrastable con los informes que obran en su historia clínica), resultando un total (calculado por nosotros) de 214 días.

Se considera una sanidad total de 1.187 días y ajustados a 20 de junio de 2013, encontrándose pendiente de una posible incapacidad

permanente. Es decir, 973 días impeditivos y 214 días de ingreso hospitalario.

Desde el punto de vista secuelar y basándonos en el informe de la última revisión de agosto de 2013 post-trasplante, a los 2 meses del mismo, la función hepática es normal, por lo que no procedería ninguna secuela por este motivo, sin embargo, aconsejamos dado el poco tiempo transcurrido desde el trasplante contemplar la secuela de Alteraciones hepáticas en grado Leve (1-15), con 15 puntos. Así mismo, se contempla una secuela estética por las numerosas cicatrices quirúrgicas abdominales, proponiendo un Perjuicio estético, en grado Moderado (7-12), con 12 puntos.

Si bien se encuentra pendiente de valoración del INSS para una posible incapacidad Permanente (IP), si la evolución continúa siendo positiva, no debería restar ningún grado de IP, independientemente que le pueda corresponder algún porcentaje de Minusvalía.

La valoración del daño corporal es realizada basándose en los parámetros contenidos en el RDL 8/2004 y RD 1971/1999, siguiendo el criterio establecido en el artículo 141.2 de la Ley 30/1992”.

Así, atendiendo a la fecha de la lesión y la edad de la paciente se propone una indemnización de 98.456,71 € que se desglosan de la siguiente manera:

- Por Incapacidad Temporal un total de 66.335 € de los cuales 14.124 € corresponderían a 214 días de Hospitalización a 66 €/día y 52.211,18 € corresponderían a 973 días impeditivos multiplicados por 53,66 €/día.
- Por Lesiones Permanentes un total de 23.170,92 € que tendría el siguiente desglose: Por secuelas funcionales un total de 13.818 € que resultan de 15 puntos multiplicados por 921,20 €/punto; por secuelas

estéticas un total de 9.352,92 € que resultan de 12 puntos multiplicados por 779,41 €/punto.

- Se aplica un 10% de factor de corrección que arroja una cantidad de 8.950,61 €.

Con fecha 29 de julio de 2014 la interesada presenta nuevo escrito en el que manifiesta que, como efecto secundario de las medicaciones pautadas ha sido diagnosticada de fracaso renal agudo, por lo que ha precisado nuevos ingresos hospitalarios y, además, ha sido diagnosticada de síndrome Ansioso-Depresivo en seguimiento por Psiquiatría. Adjunta con su escrito copia de los informes médicos y de la resolución de 8 de julio de 2014 de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid por la que se resuelve reconocer a la reclamante un grado total de discapacidad del 70%.

Consta en el expediente que, efectuada oferta a la reclamante por la compañía aseguradora por importe de 118.000 €, dicho ofrecimiento ha sido rechazado por la interesada (folio 644).

Concedido nuevo trámite de audiencia, el día 21 de noviembre de 2014 la interesada presenta nuevo escrito de alegaciones en el que, además de reiterarse en sus escritos anteriores, y discrepa de la valoración efectuada por el informe pericial de 13 de febrero de 2014 y solicita una indemnización de 500.000 €.

Finalmente, se emite propuesta de resolución de 17 de febrero de 2015 del viceconsejero de Asistencia Sanitaria, que estima parcialmente la reclamación en 98.456,71 €, imputándola a la asistencia sanitaria dispensada a la paciente en el Hospital Universitario 12 de Octubre (folios 656 a 661).

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007 de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- El procedimiento de responsabilidad patrimonial, que se inició a instancia de interesada según consta en los antecedentes, tiene su tramitación regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), desarrollados en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial.

La reclamante ostenta legitimación activa por cuanto que sufre el daño, supuestamente causado por la asistencia prestada por el Hospital Universitario 12 de Octubre.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJ-PAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, se reclama por la defectuosa asistencia sanitaria en la intervención realizada el día 22 de marzo de 2010 de la que fue dada de alta

el día 23 de junio de 2010, de modo que la reclamación presentada el día 22 de junio de 2011 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedural y, así, se ha practicado la prueba precisa mediante informe del servicio interviniente en este caso, informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario 12 de Octubre, así como del Servicio de Medicina Preventiva. Consta, igualmente, la emisión de informe por la Inspección Sanitaria, así como informes de Valoración del Daño Corporal.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha puesto el expediente de manifiesto para alegaciones, en cumplimiento de los artículos 9, 10 y 11 del R.D. 429/1993, 82 y 84 de la Ley 30/1992, a la interesada en el procedimiento.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de las Administraciones Pùblicas en materia de responsabilidad patrimonial. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

“1º.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Pùblicas correspondientes, de toda lesión que sufran

en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

2º.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias (por todas, v. las de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 26 de junio, sobre el recurso 4429/2004 y de 15 de enero de 2008, sobre el recurso nº 8803/2003) los requisitos de la responsabilidad extracontractual de la Administración, que son los siguientes:

1º) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

2º) La antijuridicidad del daño o lesión. Esta calificación del daño no viene determinada por ser contraria a derecho la conducta del autor, sino porque la persona que sufre el daño no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión que es necesario examinar y dilucidar en cada caso concreto.

3º) La imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, que, al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

4º) El nexo causal directo y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso. El daño debe ser consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad

administrativa, siendo esta exclusividad esencial para apreciar la antedicha relación o nexo causal.

CUARTA.- En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) y 29 de junio de 2011 (recurso nº 2950/2007) disponen que “*se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad (RCL 1986, 1316) y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825)] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos*”.

La misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en Sentencias de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000) y 4 de abril de 2011 (recurso de casación nº 5656/2006), afirma que *“lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis”*.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que, tras la colecistectomía laparoscópica realizada el día 22 de marzo de 2010, la reclamante sufrió una sección yatrogénica del colédoco, por lo que tuvo que realizarse anastomosis hepático-yejunal en Y de roux. Tras esta primera intervención, tuvo que someterse a una segunda cirugía el día 3 de abril de 2010 por colección intraabdominal y a una tercera, el día 11 de abril, por dehiscencia de la anastomosis hepático-yejunal. Según el informe de evolución de 26 de abril de 2013 del Servicio de Cirugía General y Digestiva, la reclamante es *“candidata a transplante hepático en LE desde mayo de 2012, por lesión de vías biliares con hepatopatía subsecuente”*.

Después del transplante hepático, resulta acreditado en el expediente que la reclamante, como consecuencia de la medicación, ha presentado fracaso renal agudo anúrico por necrosis tubular aguda en relación con Tenofovir, junto un probable componente de nefritis intersticial inmunoalérgica y síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por Psiquiatría.

Acreditada la realidad de los daños y la relación de causalidad, resulta necesario examinar si concurre la antijuridicidad del daño.

Del informe de la Inspección resulta que la intervención consistente en colecistectomía laparoscópica, para la que la reclamante prestó su consentimiento informado, tuvo que ser continuada mediante laparotomía

por haberse producido una sección iatrogénica del colédoco, lesión que presenta una incidencia que varía desde el 0.2% hasta 0.9% según la abundante literatura científica consultada. Según el médico inspector, las causas de esta lesión son diversas, entre ellas, conductos hepáticos anómalos congénitos, como fue este caso en el que se observó *“ausencia del cístico e hipoplasia del colédoco”* demostrando pericia en este caso, por parte del cirujano, al darse cuenta de inmediato (en el propio acto quirúrgico) convirtiéndose la intervención en una laparotomía, realizándole una hepático-yejunostomía en Y de Roux. En este sentido, el informe de la Inspección pone de manifiesto que *“el reconocimiento inmediato de las lesiones mejora considerablemente el pronóstico, sin embargo, solo del 25% al 36% de estas lesiones son reconocidas durante el acto quirúrgico, mientras que el 70% al 80% se manifiesta de forma temprana en el postoperatorio o de forma tardía (semanas, meses e incluso años posteriores al acto quirúrgico) lo que aumenta la tasa de morbimortalidad”*.

La lesión de las vías biliares estaba contemplada en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente, en el que se recogía la posibilidad de *“hemorragias, infección de la herida, pequeña hernia y pérdidas de bilis (fístula), que en algún caso pueden obligar a una nueva intervención quirúrgica”*, lo que excluiría la antijuridicidad del daño.

La lesión biliar fue, inicialmente, tratada con acierto al realizarse inmediatamente su reparación. Sin embargo, en el postoperatorio parece que se produjo un acodamiento del drenaje de forma paulatina que causó, según el TAC realizado el día 31 de marzo de 2010, una gran colección perihepática que se extendía a ambos espacios subfrénicos, *“sin poder determinar si el líquido es bilis o ascitis”*.

Según el médico inspector, *“la presencia de una colección intraabdominal debe drenarse de inmediato por vía laparoscópica”*. En el presente caso, sin embargo, se decidió, *“ante la estabilidad hemodinámica de la paciente”*,

solicitar punción de la colección con control de TAC, para lo que fue citada el lunes 5 de abril. Prueba que no pudo realizarse porque el día 3 de abril tuvo que se reintervenida de urgencia, al comprobar el descenso del hematocrito y precisar transfusión la paciente. El informe de la Inspección Sanitaria declara que,

«Si el día 31/03, cuando se realiza el TAC urgente se hubiera procedido a evacuar la “gran colección perihepática que se extendía a ambos espacios subfrénicos” en vez de demorarse hasta el día 03/04, que hubo de realizarse de urgencia, quizá hubiera cambiado el curso del proceso. Pero esta afirmación no se puede aseverar de forma categórica».

Conclusión que reconoce la relación de causalidad entre los daños sufridos por la reclamante y la lesión biliar ocurrida en la intervención quirúrgica y que corroboran los informes de evolución de la paciente del mismo Servicio de Cirugía General y Digestiva. Así, entre otros, el informe fechado el 26 de abril de 2013 recoge como motivo de consulta, *“candidata a trasplante hepático en LE desde mayo de 2012, por lesión de vías biliares con hepatopatía subsecuente”*.

Concurre, igualmente, la antijuridicidad del daño como reconoce la propuesta de resolución que señala que *“junto a la lesión previa de origen iatrogénico, se desencadenaron una serie de complicaciones múltiples derivadas, que dieron lugar a resultados no deseados, que finalmente, convirtieron los efectos iatrogénicos en efectos indeseables, producidos tanto como consecuencia de las complicaciones intercurrentes, como de las originales lesiones iatrogénicas, surgiendo simultáneamente unas y otras en el curso o evolución de una misma enfermedad o de un único episodio asistencial, lo que obliga a considerarlas como un efecto, de resultado similar al dañoso, con graves consecuencias para la salud de la paciente, aunque jurídicamente, ante la circunstancias acaecidas y la buena actuación de los servicios sanitarios, se tienda a moderar sus consecuencias”*.

SEXTA.- Reconocida la existencia de responsabilidad patrimonial, procede efectuar la valoración del daño. La propuesta de resolución, de acuerdo con el informe de Valoración del Daño Corporal de la Dra. T.F.F., de 13 de febrero de 2014, realizado a instancia del SERMAS, reconoce a la reclamante una indemnización de 98.456,71 €, cantidad resultante de la suma de 66.335,18 € por incapacidad temporal (214 días de hospitalización y 973 días impeditivos), 23.170,92 € por lesiones permanentes (15 puntos por alteraciones hepáticas leves y 12 puntos por secuelas estéticas -cicatrices quirúrgicas-) y 8.950,61 € en aplicación de un 10% por factor de corrección.

En su escrito de alegaciones, la reclamante considera insuficiente la indemnización propuesta por el citado informe porque no tiene en cuenta los ingresos hospitalarios posteriores sufridos desde el 2 de octubre de 2013, motivados por fracasos renales agudos en relación con la medicación pautada tras el trasplante ni el reconocimiento por la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid de un grado total de discapacidad de un 70%. Manifiesta que la alteración hepática considerada como secuela leve debe calificarse como grave, que no se ha valorado la gastrectomía parcial sufrida y que el informe no tiene en cuenta el síndrome ansioso-depresivo diagnosticado y en seguimiento por Psiquiatría. Por todo esto, la interesada considera procedente una indemnización de 500.000 € en la que tiene en cuenta, *«amen de los días de incapacidad, lesiones permanentes y factores de corrección descritos; el “preium doloris”».*

De la documentación aportada por la interesada, resulta acreditado que estuvo ingresada, después del trasplante hepático, los días 2 a 17 de octubre de 2013 y 2 de diciembre al 17 de enero de 2014 (47 días). El motivo de estas hospitalizaciones, según resulta de los informes médicos, es el deterioro de la función renal en relación con la medicación post-

transplante. Según el informe de alta de 17 de enero de 2014, la reclamante presenta fracaso renal agudo anúrico por necrosis tubular aguda en relación con tenofovir, junto con un probable componente de nefritis intersticial inmunoalérgica y síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por Psiquiatría. Consta, igualmente, en el expediente que en junio de 2011 se le realizó resección gástrica atípica y funduplicatura de Nissen.

Estos daños no se han tenido en cuenta en el informe de Valoración del Daño Corporal, pero resultan acreditados y suponen más de 90 puntos en la valoración de las secuelas (la reclamante tenía cita en consulta de trasplante renal el 31 de enero de 2014).

Por tanto, dado el carácter orientativo que tiene la aplicación del baremo, parece adecuado reconocer a la reclamante una indemnización de 400.000 €.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente,

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada en la cantidad de 400.000 €.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 8 de abril de 2015