



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 465/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de diciembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 448/2019 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 14 de mayo de 2018 a instancia de (...), como consecuencia de los daños causados por la asistencia sanitaria prestada en un centro concertado del SCS.

2. La reclamante solicita una indemnización de 400.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva, tanto de la Administración canaria, como de (...) -a quien se le ha tenido como parte interesada en el procedimiento-, y no extemporaneidad de la reclamación.

5. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP). Sin embargo, aun expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

## II

1. La sucesión de hechos alegada por la interesada es la siguiente:

- Que el 11 de marzo de 2017, acude a (...), por fuertes dolores de abdomen. Se le realiza analítica que muestra estado de infección. Se realiza Rx, negativa por niveles hidroaéreos. Al día siguiente se le realiza eco de abdomen que muestra hígado aumentado. Diagnóstico colicistitis. El TAC de abdomen confirma colicistitis calculosa con espesamiento de la pared y absceso sub-hepático, dilatación de la vía biliar intrahepática con un conducto biliar de 8 mm de diámetro, se observa un cálculo de 7 mm en la vía cística.

- El 13 de marzo de 2017 se le practica colecistectomía, en (...), por vía laparoscópica, con drenaje subhepático.

- El 15 de marzo de 2017, en Eco de abdomen: Ausencia quirúrgica de colicistitis, conducto biliar 8mm y se observa todavía la presencia de cálculos en el interior del conducto biliar.

- El 18 de marzo de 2017, es dada de alta con terapia antibiótica.

- El 23 de marzo de 2017, vuelve a acudir a (...), por malestar general y sospecha de infección. Diagnosticada de coledocolitiasis.

- El 27 de marzo de 2017, es sometida a intervención quirúrgica, laparotomía supraumbilical.

- El 30 de marzo de 2017, la trasladan a urgencias del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), donde es sometida a CPRE.

- Se le coloca prótesis pancreática y otra biliar, que deberá mantenerse dos semanas.

La interesada reclama por la presunta mala praxis en la primera intervención y sus consecuencias:

Considera que no debió ser mediante laparoscopia sino una intervención abierta, además se le dio el alta cuando aún tenía cálculos.

Tampoco, conocidos los cálculos, se le realizó inmediatamente CPRE, esta espera hasta que se le realiza provoca una peritonitis biliar. Ello hace que tengan que intervenirla por segunda vez y deba ser trasladada al HUNSC para estudio endoscópico. Mientras tanto, ha tenido una insuficiencia respiratoria y una larga estancia en la Unidad de Reanimación. La secuela fue larga, hasta que le retiraron el CPR el 20 de junio de 2017. Además, a raíz de todo esto tuvo una larga depresión y mucho tiempo de baja, lo que le hizo perder su trabajo.

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe, basándose en los datos de la historia clínica de la paciente, tanto en (...) (HHS), como en el HUNSC, entre los que se encuentran el informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva de HHS y el informe del Servicio de Digestivo del HUNSC, que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«- La paciente ingresa en HHS en fecha 11/03/17 (15:49h), por clínica de dolor abdominal de unos 4-5 días de evolución, localizada en hipocondrio-flanco derechos, acompañada de náuseas, sin fiebre y sin mejoría con analgesia (nolotil).

- Al tener clínica biliar, y, estar estable, quedó ingresada para estudio, pautándose tratamiento y dieta absoluta.

- A la exploración abdominal realizada por Cirugía en la mañana del día 12/03/17 muestra área dolorosa y empastada en hipocondrio derecho, con signo de Murphy\* positivo, claro.

Resto del abdomen anodino y sin signos de irritación peritoneal. El estudio analítico muestra elevación de parámetros de inflamación/infección (leucocitosis de 12340/mm<sup>3</sup>, con un 84% de neutrófilos y PCR 14,6 mg/dl); Enzimas: AST 24, ALT 24, Lipasa 78, Amilasa 77 (normales). Resto de parámetros y Rx abdominal son normales. Se le indica Ecografía abdominal urgente para ser realizada al día siguiente.

\*Signo de Murphy es el dolor que se provoca al comprimir sobre el área de la vesícula biliar en el hipocondrio derecho, a la vez que el paciente realiza una inspiración profunda.

- En la Ecografía abdominal realizada en fecha 13/03/17 no se aprecia dilatación de las vías biliares intra o extrahepáticas, concluyendo con el diagnóstico de Colecistitis litiásica; probable absceso intra y subhepático, por lo que se sugiere realizar TAC abdominal con contraste.

- El TAC abdominal con contraste realizado en fecha 13/03/17, concluye: colecistitis litiásica con probable rotura de su pared ya que se observa una colección hipodensa entre la pared posterior de la vesícula y el parénquima hepático. Ligera dilatación de la vía biliar intrahepática. Colédoco de 8 mm. Se observa una litiasis de 7 mm en el conducto cístico (situado a la salida de la vesícula, no es el conducto colédoco ni es conducto biliar principal).

Leve hepatomegalia. Ateromatosis aortoiliaca calcificada. Divertículos colónicos no complicados. Resto del estudio normal.

- Ante los hallazgos mostrados por el TAC se decide colecistectomía mediante laparoscopia urgente. La paciente es informada y conoce, comprende y acepta la intervención quirúrgica propuesta, y asume que pueden presentarse riesgos o complicaciones, mediante su firma.

- En dicho documento queda constancia de que la cirugía es una colecistectomía laporoscópica (abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de un gas y operando con instrumental especial). La técnica quirúrgica no difiere de la habitual, aunque al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias, siendo el dolor postoperatorio generalmente más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia suele ser más corto y confortable. También se señala que en el caso en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía).

- Asimismo, en el documento de consentimiento informado se recoge que, en el procedimiento quirúrgico, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse riesgos (efectos indeseables, complicaciones), tanto los generales (comunes) derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes como: infección o sangrado de la herida quirúrgica; flebitis; retención de orina; trastornos

temporales de las digestiones; dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro, o poco frecuentes y graves como, estrechez de la vía biliar; fístula biliar con salida de bilis que la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de bilis). Sangrado o infección intraabdominal. Fístula intestinal. Colangitis. Ictericia. Pancreatitis. Coledocolitiasis. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia. Estas complicaciones habitualmente resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

- En protocolo de intervención queda reflejado que la cirugía se realiza bajo anestesia general, en posición antitrendelemburg lateral izquierdo. Se utilizan 3 trócares: 5 umbilical, 5 vacío derecho, 11 subxifoideo. Muestra colecistitis aguda con plastrón con vesícula con adherencias duras e íntimas del epiplón a toda la vesícula, que contenía pus amarillento (empiema) y multitud de cálculos pequeños y barro biliar. Se realiza Colecistectomía laparoscópica\* reglada con clipaje del ducto y arteria cística; presenta rotura de la vesícula cayendo pus a cavidad abdominal Se aplica Surgicel en lecho; lavado exhaustivo; agrafes en piel, blake subhepático (se deja drenaje). La paciente pasa a Unidad de recuperación postanestésica (URPA) y luego a Planta. A las 16:28 horas el cirujano refleja en evolutivo que la cirugía ha ido bien, sin incidentes intra ni perioperatorios.

\*La colecistectomía laparoscópica consiste en la extirpación de la vesícula biliar. Para ello, es necesario seccionar el conducto que la une con la vía biliar principal. Esta acción se denomina clipado del conducto cístico + arteria cística y se lleva a cabo usando endograpadora mediante cirugía laparoscópica.

- En su evolución postquirúrgica se mantiene hemodinámicamente estable, eupneica (sin dificultad respiratoria) y afebril. Se le administra la medicación pautada (sueroterapia, analgesia, antibioterapia, anticoagulación, antieméticos), se practican cuidados generales y del drenaje abdominal.

- La ecografía abdominal de control (15/03/17) muestra ausencia quirúrgica de vesícula biliar; sin dilatación de vías biliares intrahepáticas. Colédoco 8 mm, normal para el estado de colecistectomía. Se observa litiasis (residual) en conducto cístico de 8 mm con barro alrededor. Escasa cantidad de líquido subhepático. Tras realización de ecografía de control y analítica que muestra leucograma y pruebas hepáticas normales se retira drenaje de Blake, sin problemas.

- Su evolución fue favorable siendo alta del día 18/03/17, estando asintomática, tolerando dieta, sin dolor y tras cura de la herida que se encontraba en buen estado y sin

signos de infección. Al alta con el diagnóstico principal de Colecistitis aguda litiásica con plastrón y empiema vesicular intervenida mediante colecistectomía laparoscópica, se indica reposo relativo, dieta sana sin grasas; cura diaria de la herida con betadine. Analgesia si dolor, antibioterapia de amplio espectro (ciprofloxacino + augmentine), protector gástrico y cita de control en fecha 24/03/17. El estudio de anatomía patológica informa colecistitis aguda con reacción xantogranulomatosa (tejido inflamatorio granulomatoso).

- Hasta aquí vemos que la paciente que no tenía antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, siendo ingresada en HHS por dolor localizado en hipocondrio-flanco derechos, acompañada de náuseas, sin fiebre y sin mejoría con analgesia (nolotil). Se le realizan estudios analíticos y de imagen pertinentes, tras lo cual queda diagnosticada de Colecistitis aguda. Ante este diagnóstico en una paciente sin antecedentes patológicos de interés ni de riesgo quirúrgico se le indica la realización de colecistectomía laparoscópica, procedimiento terapéutico que no sólo no estaba contraindicado si no que era el procedimiento de elección en este caso.

- En los estudios de imagen realizados previos a la cirugía y en la propia intervención, tal como consta en la hoja quirúrgica, se trataba de una colecistitis aguda con plastrón y empiema vesicular, circunstancia que hace desaconsejable actuar sobre la vía biliar debido al incremento del riesgo de lesión de la vía biliar principal, riesgo que no era tolerable asumir, sobre todo, al no haber evidencia de coledocolitiasis (cálculo en colédoco) ni de obstrucción de la vía biliar (estudios de imagen realizados en fecha 13/03/17 y Ecografía de control de fecha 15/03/17).

- El procedimiento se ejecutó según el protocolo quirúrgico en el que de forma conveniente se colocó drenaje en espacio subhepático; drenaje que fue retirado de forma adecuada tras control analítico y ecográfico.

- Tras indicación acertada de procedimiento quirúrgico laparoscópico, realizado sin incidencias, la paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los cinco días, encontrándose asintomática, afebril, tolerando dieta oral y con un tránsito intestinal recuperado. Las analíticas de control con pruebas de función hepática resultaron normales y la ecografía de control mostró un cálculo residual en el conducto cístico (en el muñón que queda al clipar el conducto cístico para extirpar la vesícula). No se objetivan cálculos en la vía biliar principal; el colédoco, las vías biliares intrahepáticas, el hígado y el páncreas se describe normales.

- Ante la evolución postquirúrgica satisfactoria y la estabilidad de la paciente, se le da el alta con cobertura antibiótica de amplio espectro, y con cita de revisión oportuna, 6 días después, es decir, el 24/03/17, para valorar evolución y planteamiento de estudio de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)\* de forma programada, lo cual es habitual en el HUNSC en pacientes estables o asintomáticos con sospecha de litiasis de la vía biliar, dato que corrobora el informe del Cirujano del HHS.

\*La prueba denominada CPRE es una intervención mixta endoscópica y radiológica, utilizada para estudiar y, tratar, las enfermedades de los conductos biliares y del páncreas.

- La paciente colecistectomizada por colecistitis aguda litiásica con plastrón, empiema y barro biliar en fecha 13/03/17, reingresa a las 00:48h del día 22/03/17 en el HHS por sospecha de coledocolitiasis, al presentar dolor centro abdominal y náuseas, de inicio brusco ese mismo día, sin fiebre.

- En el reingreso en el Servicio de Cirugía, ocurrido dos días antes de su cita de revisión postquirúrgica programada, se describe una paciente con buen estado general, afebril, hemodinámicamente estable, con abdomen blando, sin datos de irritación peritoneal y heridas de cirugía en buen estado.

- En la analítica realizada al ingreso destaca leucocitosis de 17,070/mm<sup>3</sup> con neutrofilia 88% y transaminasas + fosfatasa alcalina elevadas (pruebas de función hepática).

- En la mañana del día 23/03/17 se describe exploración prácticamente anodina. La Ecografía abdominal realizada se informa: vesícula no visualizada en relación con colecistectomía; se aprecia colección en el lecho quirúrgico; leve dilatación de la vía biliar intrahepática; colédoco 10 mm (en el límite alto para una paciente colecistectomizada). Hígado, páncreas, y resto del estudio sin hallazgos relevantes. Se mantiene tratamiento y según evolución se valorará si precisa la realización de Colangio-RMN. Se indica analítica de control.

- En evolución descrita a las 12:00 horas del día 24/03/17, se describe que, se encuentra clínicamente mejor, con abdomen blando, depresible y con escaso dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica de control destaca alteración de las pruebas de función hepática. Se realiza Colangio- RMN urgente y Radiólogo informa telefónicamente al Cirujano de la presencia de una imagen similar a una vesícula biliar con cístico largo y un colédoco dilatado, sin evidencia clara de litiasis. Se mantiene igual tratamiento durante el fin de semana y se indica nuevo control analítico para el lunes para decidir si precisa tratamiento quirúrgico, CPRE o sólo tratamiento conservador. A las 18:21 horas se mantiene estable, tolera bien la dieta y tiene hambre, deposiciones sin alteraciones; abdomen blando no doloroso y sin masas. Se indica para el siguiente día: aumentar dieta a blanda biliar. Comenzar a retirar puntos quirúrgicos el próximo lunes.

- En examen físico de fecha 25/03/17 presenta estado general óptimo, y está prácticamente asintomática, salvo por discreto dolor en hipocondrio derecho. Se le solicita analítica y ecografía de control para el lunes y se indica continuar con dieta blanda biliar. En fecha 26/03/17 se encuentra bien, se mantiene con reposo, dieta, tratamiento conservador, evolucionando bien, según evolutivos (no signos de infección ni de flebitis, no fiebre, dolor controlado).

- En fecha 27/03/17 presenta dolor intenso en región izquierda del abdomen, expulsa gases. No vómitos. A la palpación el abdomen es blando, doloroso de forma difusa con defensa voluntaria, no visceromegalias; ruidos hidroaéreos (RHA) presentes. Se le realiza Ecografía abdominal que muestra colecistectomía; colección en lecho quirúrgico y en pelvis compatible con absceso intraabdominal; moderada dilatación de vía biliar intrahepática; colédoco 10 mm con barro biliar en su interior. Ante la evolución y los hallazgos se ajusta tratamiento y se solicita realización de CPRE al SCS. A las 16:16h refiere seguir con dolor abdominal difuso espontáneo a pesar de analgesia, no apetito. A la exploración el abdomen está distendido y timpánico, algo irritado el abdomen inferior. Se indica dieta de infusiones, analgesia con dolantina, tiene cobertura antibiótica de amplio espectro, quedando solicitada analítica de control.

- Ante datos clínicos de leucocitosis, irritación abdominal y colección en lecho quirúrgico y pelvis objetivada en Ecografía, y para valorar y definir la colocación de drenajes, se realiza TAC abdominal (28/03/17), que muestra colección en lecho quirúrgico de 37 x 28 mm en el plano axial, abundante cantidad de líquido libre en cavidad peritoneal (en todos los espacios e interasas) y pelvis. Ante la clínica mostrada y los hallazgos de ecografía y TAC, tras interconsulta a Hemodinamia, se decide la colocación de drenajes mediante cirugía de urgencia, también consentida por la paciente. Según protocolo quirúrgico descrito se realiza laparoscopia convertida a laparotomía media supra-infraumbilical, objetivando abundante cantidad de bilis con plastrón infranqueable con duodeno y ángulo hepático del colon sobre vía biliar (se preguntan ¿si hubo fuga previa?). No otros hallazgos. Se realiza lavado exhaustivo con 20 litros de suero fisiológico y colocación de dos drenajes tipo Blake con vacío en parietocólicos hasta subfrénicos y douglas. Se toman muestras de líquido abdominal para cultivos, que resultaron positivos a E. Coli, sensible a la antibioterapia que estaba recibiendo. Recuento completo. Se realiza cierre. A las 21:46h ya está trasladada a UCI para seguimiento postoperatorio, estando estable, alerta, orientada, aunque bajo los efectos de la sedación. Queda monitorizada, tratada con sueroterapia, analgesia, antibioterapia de amplio espectro, oxigenoterapia en gafas nasales, se realizan cuidados de enfermería de vías venosas central y periférica, sonda nasogástrica, drenajes (redones) y sonda vesical.

- Dada su evolución favorable es trasladada a planta en fecha 29/03/17 a las 19:31 horas. La paciente continúa consciente, estable, afebril, eupneica (respira bien) sin oxigenoterapia. Se mantiene con dieta absoluta, se administra tratamiento pautado, se realizan cuidados de enfermería.

- En fecha 30/03/17 continúa estable, dolor controlado con analgesia. Control de redones y sondas nasogástrica y vesical, que están permeables. A las 08:30 horas es trasladada a HUNSC para la realización de CPRE, tal como estaba previsto, con el diagnóstico de: Postoperatorio de colecistectomía por empiema y barro biliar (infección y barro en la vía biliar), posterior empeoramiento evolutivo que requirió laparotomía y drenaje de colección intraabdominal de líquido biliar (coleperitoneo), con actualmente coledocolitiasis residual.



- Así vemos que la paciente fue reingresada debido al nuevo cuadro de dolor abdominal, se mantuvo con tratamiento conservador y buena respuesta al mismo, según los parámetros clínicos y analíticos entre los días 22 al 26 de marzo/2017. Asimismo, la Colangio-RMN realizada mostró dilatación leve del conducto pancreático sin engrosamiento exhaustivo ni alteraciones del páncreas que hicieran sospechar una Pancreatitis.

- Una vez informados los estudios de imagen realizados (AngioRMN y Ecografía) en donde se constatan hallazgos de colección en lecho quirúrgico y en pelvis compatible con absceso intraabdominal; dilatación de vía biliar intrahepática y del colédoco, con barro biliar en su interior (sospecha de coledolitiasis residual), se le solicita a la paciente la realización de CPRE en el HUNSC. También dado el empeoramiento clínico brusco mostrado en fecha 27/03/17, junto con la colección en lecho quirúrgico y pélvico se realiza laparoscopia exploratoria que se convierte en laparotomía (28/03/17) para la limpieza de la cavidad abdominal, toma de muestras para cultivos y colocación de drenajes, lo cual fue realizado, sin que se describieran incidencias, durante la intervención ni tampoco tanto en las pruebas de imagen como durante la intervención se confirmó lesión yatrogénica alguna de la vía biliar. De igual forma, tal y como estaba previsto, la paciente fue trasladada al HUNSC para la realización del CPRE previsto. Actuaciones adecuadas y ajustadas a la clínica de la paciente.

- Durante la CPRE realizada en fecha 30/03/17, con el consentimiento de la paciente; la papila duodenal y la pancreatografía son normales. El colédoco está dilatado con un cálculo móvil de unos 8 mm en su interior. No se objetiva punto de fuga, lo cual se confirma con la administración de contraste. Se realiza esfinterotomía (incisión pequeña en la abertura del conducto biliar) y varios pases de balón extractor de 12/15 mm, con salida en primeros pases de bilis sucia con barro y escaso contenido semipurulento (colangitis en fase de resolución) y del cálculo descrito. Pese a que los pases siguientes son limpios y con buen drenaje biliar y pancreático se dejaron colocadas prótesis plásticas protectoras pancreática y biliar, quedando ambas bien posicionadas y con adecuado drenaje, confirmado por control radiológico.

- La insuficiencia respiratoria presentada previa a la realización de CPRE fue adecuadamente tratada, así como también se mantuvo controlada la tensión arterial durante el procedimiento. La prueba fue realizada sin otras incidencias no identificándose ninguna fuga biliar. La pancreatografía confirmó que el páncreas era normal. Mediante esfinterotomía y pases de balón se extrajo cálculo y barro biliar. Se dejaron colocadas prótesis de protección biliar y pancreática con buen drenaje biliopancreático y la recomendación de retirada precoz de las mismas si la evolución era adecuada.

- Tras la CPRE queda ingresada en el Servicio de Reanimación postanestésica del HUNSC permaneciendo estable hemodinámicamente, la insuficiencia respiratoria mejora con oxigenoterapia y fisioterapia respiratoria, hasta quedar resulta. Se mantiene con cobertura antibiótica de amplio espectro a la espera de resultados de cultivos realizados, y recibiendo

los cuidados y atenciones requeridos. Dada la buena evolución se traslada a planta en fecha 03/04/17, con los diagnósticos de postoperatorio complicado de colecistectomía (13/03/17); Reintervención mediante laparotomía exploradora por coleperitoneo (presencia de líquido biliar libre en cavidad peritoneal); Coleperitoneo persistente; Colangitis en resolución; Sepsis de origen abdominal resuelta; Insuficiencia respiratoria resuelta; Desnutrición calórico proteica; Anemia normocística normocrómica.

- La paciente evoluciona favorablemente tras la CPRE con aclaramiento y disminución del débito a través de drenajes. En control ecográfico realizado en fecha 07/04/17 no hay evidencia de colecciones intraabdominales. Durante su ingreso presenta seroma infectado en herida quirúrgica que se drena. En vista de la buena evolución, con, además, buena tolerancia oral y sin dolor, se decide alta en fecha 11/04/17 y derivación para continuar control con su cirujano habitual en Hospital (...), dando las recomendaciones oportunas sobre dieta, medicación, curas, seguimiento y retirada posterior de prótesis biliar y pancreática.

- Posteriormente continuó asistiendo a curas y controles por Cirugía General y Digestiva, sin incidencias y con mejoría.

- En fecha 09/05/17 acude nuevamente a HHS por dolor abdominal, siendo objetivado en Ecografía realizada hallazgos sugestivos de suboclusión intestinal por lo que la paciente quedó hospitalizada con el diagnóstico de obstrucción intestinal, teniendo una evolución favorable, con tratamiento conservador, por lo que fue dada de alta en fecha 15/05/17.

- Se realiza nueva CPRE consentida y programada, en fecha 19/06/2017 y se le retira prótesis biliar previamente colocada, se realizan varios pases de balón extrayendo litiasis en forma de barro biliar en primer pase, siendo el resto de pases limpios. No presenta complicaciones durante las siguientes 24 horas, motivo por el cual se le da el alta. Se recoge en curso evolutivo que se encuentra clínicamente bien, con molestias epigástricas inespecíficas, también se describe en las valoraciones de enfermería que, no toma medicación habitual, su dieta es normal, sus hábitos intestinales son normales, presenta energía para realizar las actividades deseadas, no tiene dificultad respiratoria (ventilación/oxigenación funcional ante actividad/ejercicio; duerme 6-8 horas sin problemas y se levanta descansada, que tiene buena tolerancia/afrentamiento al estrés (funcional), sin interferencias del proceso actual en su proyecto de vida.

- De la información anterior se desprende que la paciente le fue realizada la CPRE requerida, que tenía programada, durante la misma no se evidencia alteraciones del páncreas, el barro biliar y cálculo (coledocolitiasis) fueron retirados, el drenaje biliar existente era bueno, se dejaron prótesis de protección, que precozmente fueron retiradas sin ninguna incidencia. La colangitis (infección de la vía biliar) ya estaba en fase de resolución y no se evidenció ninguna fuga biliar por lo que tampoco queda confirmado que hubiera una lesión iatrogénica de la vía biliar. De igual forma las alteraciones relacionados con el

proceso, problemas respiratorios, anemia, desnutrición, obstrucción intestinal evolucionaron favorablemente».

**3. En su informe, el SIP llega a las siguientes conclusiones:**

«1.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: Los diagnósticos, pruebas complementarias, tratamientos, consentimientos y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación de la paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales.

2.- Ante el diagnóstico de colecistitis aguda en una paciente sin antecedentes patológicos de interés ni de riesgo quirúrgico se le indica la realización de colecistectomía laparoscópica, procedimiento terapéutico que no sólo no estaba contraindicado si no que era el procedimiento actual de elección en este tipo de casos.

3.- En los estudios de imagen realizados previos a la cirugía y durante la intervención tal como consta en la hoja quirúrgica se trataba de una colecistitis aguda con plastrón y empiema vesicular, circunstancia que hace desaconsejable actuar sobre la vía biliar debido al incremento del riesgo de lesión de la vía biliar principal, riesgo que no era tolerable asumir, sobre todo, al no haber evidencia de coledocolitiasis (cálculo en colédoco) ni de obstrucción de la vía biliar (estudios de imagen realizados en fecha 13/03/17 y Ecografía de control de fecha 15/03/17). En estos casos la indicación de CPRE postoperatoria es la adecuada, tal y como ocurrió en esta paciente, aunque antes de su realización se presentaron complicaciones que pueden ocurrir (la paciente fue intervenida de un proceso infeccioso de la vía biliar), como así se recoge en el propio consentimiento informado firmado por la paciente, entre los cuales está la infección intraabdominal, colangitis, coledocoliasis, salida de bilis, que se resolvieron con tratamiento conservador y procedimientos quirúrgicos, incluido CPRE, cuando fueron requeridos.

4.- En ninguno de los estudios de imagen o técnicas practicadas se objetivó lesión yatrogénica de la vía biliar por perforación de la misma.

5.- La paciente recibió todos los tratamientos y cuidados que a lo largo de su proceso requirió, así como le fueron facilitados todos los medios técnicos y humanos necesarios. La afección y alteraciones secundarias padecidas por la paciente, aunque fueron adecuadamente tratadas precisan de baja laboral, tal y como refiere la propia paciente. Las cicatrices quirúrgicas son inherentes a la cirugía, que era vital; tanto la laparoscopia como la laparotomía dejan cicatrices abdominales. No consta en la historia clínica que tuviera alteraciones del estado de ánimo; en su historia clínica se describe: duerme 6-8 horas sin problemas y se levanta descansada, funcionalmente tiene buena tolerancia/afrentamiento al estrés, el proceso no ha tenido interferencias en su proyecto de vida; si bien en este tipo de

procesos es corriente que los pacientes presenten reacciones adaptativas inespecíficas, tal y como se recoge en el informe de la Mutua Universal, entidad que hacía el seguimiento de su proceso de IT, en el cual se detalla que hubo buena evolución y remisión del proceso adaptativo».

4. Posteriormente, la interesada presenta informe pericial que concluye con lo que sigue:

«1. La manifiesta y repetida complejidad que la práctica de una colecistectomía en la colecistitis aguda conlleva en muchas ocasiones, hace aún en la actualidad siempre considerar la reconversión de una laparoscopia a una colecistectomía abierta para llevar a cabo la intervención.

2. En ninguna de las dos comparecencias de la paciente al Hospital (...) con fechas 29/12/16 y 30/12/16, (y ante un dolor en epigastrio con irradiación a la espalda), no se tuvo en consideración la presencia de patología biliar con la práctica de una ecografía que hubiera demostrado la existencia de colelitiasis con la consiguiente indicación de una colecistectomía laparoscópica reglada habiéndose evitado el cuadro de una colecistitis aguda.

3. En el ingreso del 11/03/17 tres meses después de lo anterior, la paciente ingresó con un cuadro sumamente agudo de colecistitis aguda comprobado por ecografía, TAC y analítica 12.340 leucocitos con desviación izda. (neutrófilos 87,1) y PCR de 14,6 mg/dl. Que precipitó la intervención quirúrgica de urgencia.

4. La colecistectomía laparoscópica de urgencia que según el protocolo quirúrgico cursó sin incidencias notables, no se corresponde a los hallazgos preoperatorios descritos en la ecografía y TAC ni se analizó en el citado protocolo lo descrito en las pruebas.

5. En ningún momento de la intervención se valoró la posibilidad de reconversión a cirugía abierta para tratar más adecuadamente el empiema y la colecistectomía.

6. No se trataron adecuadamente ni se identificaron las estructuras del triángulo de Calót dejando un remanente del conducto cístico largo con un cálculo alojado en su interior. Tampoco se identificó adecuadamente el conducto biliar común (colédoco), ni se practicó una colangiografía intraoperatoria para el estudio de la coledocolitiasis que se demostró más tarde.

7. Ante lo encontrado en la intervención y con un solo gesto de un drenaje Blake dejado de ambiente, se debieron extremar los cuidados postoperatorios y al menos antes del alta hospitalaria comprobar por ecografía la evolución del empiema que demostraron las pruebas previas.

8. A los ocho días del postoperatorio, la paciente acudió nuevamente a urgencias del mismo hospital por dolor abdominal continuando aún con tratamiento antibiótico y analgesia sin haber obtenido mejoría y fue necesaria la reintervención para tratar el biloma desarrollado.

9. Por la insuficiente técnica practicada en la primera intervención, fue necesaria la práctica de dos CPRE para liberar de cálculos el conducto biliar común (colédoco).

10. Las cuantías de valoración de los daños suman un total de 154.458,49 euros.

11. Por todo lo anterior, se vulneraron los principios de la *lex artis* ante una mala indicación y práctica de una colecistectomía ante un cuadro de colecistitis aguda evolucionada con un absceso perivesicular».

5. En el trámite de vista y audiencia del expediente la interesada no presenta alegaciones, mientras que (...) se limita a negar la existencia de responsabilidad.

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, por la asistencia sanitaria que le fue prestada, al entender la no concurrencia de los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

### III

1. Este Consejo Consultivo no puede entrar en el fondo del asunto porque ni la Propuesta de Resolución ha dado cumplimiento al art. 88.1 LPACAP, en el sentido de decidir todas las cuestiones planteadas por los interesados, ni, derivado de lo anterior, este Organismo está en condiciones de responder a la obligación legal que tiene de pronunciarse sobre «*la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida*», tal y como dispone el art. 81.2 LPACAP, porque carecemos de la información médica cualificada necesaria para resolver la cuestión de fondo.

2. En efecto, en el informe pericial aportado por la reclamante se plantean una serie de cuestiones no abordadas por la Propuesta de Resolución, como, entre otras, que no se tuvo en consideración la presencia de patología biliar con la práctica de una ecografía que hubiera demostrado la existencia de colelitiasis con la consiguiente indicación de una colecistectomía laparoscópica reglada habiéndose evitado el cuadro de una colecistitis aguda; o que no se trataron adecuadamente ni se identificaron las estructuras del triángulo de Calót dejando un remanente del conducto cístico largo con un cálculo alojado en su interior; o, en fin, que no se identificó adecuadamente el conducto biliar común (colédoco), ni se practicó una colangiografía intraoperatoria para el estudio de la coledocolitiasis que se demostró más tarde.

La Propuesta no aborda esas cuestiones porque no tenía información médica sobre las mismas y no las tenía porque el informe pericial de parte no se trasladó a los correspondientes servicios del HUNSC ni al SIP para que emitieran su parecer sobre tales cuestiones.

3. Por ello, para que este Consejo pueda entrar en el fondo de este asunto es preciso que por parte del Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUNSC y del SIP, se emitan, en los términos referidos, sendos informes complementarios sobre todas las cuestiones planteadas por el perito de parte.

Una vez emitidos los informes del citado Servicio y del SIP, se deberá otorgar el trámite de vista y audiencia tanto a la reclamante como a (...), de acuerdo con el art. 82.5 LPACAP, y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución, que se remitirá a este Consejo Consultivo para la emisión del preceptivo dictamen.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho, debiendo retrotraerse el procedimiento en los términos señalados en el Fundamento III del presente Dictamen.