



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 3 4 5 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 16 de octubre de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.Q.G., en nombre y representación de M.J.R.R. y J.A.R.R., por el fallecimiento de su madre J.R.D., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 356/2013 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. Se dictamina la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, producida por la Secretaría General del Servicio Canario de Salud (SCS), integrado en la Administración de la Comunidad Autónoma (CAC), como consecuencia de la presentación de una reclamación por los daños, que se alegan se han producido por el funcionamiento del servicio público sanitario, exigiendo la correspondiente responsabilidad patrimonial del titular del servicio, por la que se estima deficiente la actuación de los servicios sanitarios.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), estando legitimada para solicitarla la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. El representante de los afectados manifiesta que el 19 de marzo de 2002, la madre de los mismos es atendida en urgencias por traumatismo craneal tras caída, siendo ingresada en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC) en el Servicio de Neurofisiología por presentar a la entrada de urgencias

---

\* **PONENTE:** Sr. Belda Quintana.

un cuadro clínico de pérdida de conciencia, realizándose los estudios de acuerdo a su posible etiología encontrándose lesiones isquémicas cerebrales; signos atróficos corticosubcorticales y áreas de isquemia protuberencial, y que todo ello se detecta de acuerdo a la primera exploración radiognóstica de urgencias en la que ya se había objetivado ateromatosis carotídea de predominio derecho. La afectada solicita el alta voluntaria en fecha 27 de marzo de 2002.

Posteriormente se produce un nuevo ingreso cuya fecha no consta en la historia clínica, diagnosticándosele accidente isquémico cerebral transitorio y múltiples infartos cerebrales, con el correspondiente tratamiento preventivo, relacionado con el anterior.

En fecha 19 de mayo de 2002, la afectada ingresa nuevamente en el HUNSC en el Servicio de Cirugía Vasculatada debido a una embolia de la extremidad inferior izquierda, de la que fue operada de urgencia y dada de alta el 21 de mayo de 2002, pautándose las instrucciones correspondientes para el suministro de la medicación que procede de acuerdo con las lesiones que sufre.

En fecha 21 de marzo de 2009, la afectada es ingresada en el citado Centro Hospitalario para intervención quirúrgica de urgencia de fractura pertocantárea de fémur izquierdo, obviándose en dicha operación las alergias al yodo y a las grapas metálicas que sufría la paciente, recibiendo el alta hospitalaria el 31 de marzo de 2009, sin ser tenidos en cuenta los antecedentes que constan en el historial clínico de la paciente en lo que respecta a su dolencia cardíaca, procediendo a la retirada de su medicación habitual y pautándose en el informe de alta la restitución de la misma a través de su médico de cabecera.

Los reclamantes indican que la afectada recibe el alta médica con fecha 31 de marzo de 2009, pero que, sin embargo, no fue hasta el día siguiente cuando la paciente sería trasladada en ambulancia a su domicilio por la imposibilidad del Centro hospitalario para efectuar el traslado con anterioridad, lo que implicó la ausencia de tratamiento alguno durante el citado periodo.

Además, los reclamantes manifiestan que en el informe del alta médica indica que la paciente debe acudir a su médico de cabecera para que le reinicien su tratamiento habitual sin que se le pongan a su disposición los medios físicos para ello (transporte en general), dada su imposibilidad para valerse por sí misma y omitiendo las opiniones de la familia, que advertían cuales eran sus antecedentes médicos.

En fecha 3 de abril de 2009, la paciente sufre un infarto cerebral, lo que conlleva el reingreso de la misma en el HUNSC en estado de extrema gravedad presentando cuadro de ACV isquémico extenso con daños irreversibles, por lo que los facultativos respectivos deciden derivar a la paciente al Centro Hospitalario San Juan de Dios, el día 7 del mismo mes, Centro en el que permanecerá ingresada, suprimiéndose desde el día 11 de mayo de 2009 el tratamiento no sintomático, por indicación de los familiares en cumplimiento de testamento vital oral, hasta que se produce el fallecimiento de la afectada el 14 de mayo de 2009 a las 6:20 horas.

En consecuencia los reclamantes solicitan de la Administración sanitaria la reparación del daño derivado de la asistencia sanitaria prestada a la paciente en el Servicio Canario de Salud con la cantidad indemnizatoria de 76.880,84 euros.

4. Es de aplicación al caso que nos ocupa, la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), así como la regulación del servicio sanitario afectado, básica estatal y de desarrollo autonómico, particularmente la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley estatal 41/2002.

## II

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación de la reclamación correspondiente, efectuada el 14 de mayo de 2010, ante el Registro General de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad. El 24 de mayo 2010, se le notifica oficio de requerimiento al interesado a efectos de la subsanación y mejora del escrito formulado, completando los afectados la documentación requerida en fecha 10 de junio de 2010.

Mediante resolución adoptada en fecha 12 de enero de 2011, por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación formulada.

Por la instrucción se requiere del HUNSC la historia clínica, el Informe del Servicio de Inspecciones y Prestaciones, el Informe del Servicio de Neurofisiología, del Servicio de Cirugía Vascul ar y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, emitiéndose éstos en momento posterior. Asimismo, se solicita copia de la historia

clínica e informe del Hospital San Juan de Dios, que se incorporan con posterioridad al expediente.

El 18 de mayo de 2012, se acordó la apertura del periodo probatorio, admitiéndose las pruebas documentales propuestas obrantes en el expediente.

El 21 de mayo de 2012, se acuerda el inicio del trámite de audiencia, notificándoseles correctamente sin que los interesados formularan alegación alguna.

El 26 de junio de 2012, se emitió un Informe-Propuesta de Resolución, siendo informado favorablemente por el Servicio de Asesoría Jurídica el 26 de agosto de 2013. Finalmente, el 29 de agosto de 2013 se emite la Propuesta de Resolución definitiva.

2. Concurren en este caso los requisitos constitucional y legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio del art. 106.2 de la Constitución (artículos 139 a 143 LRJAP-PAC). La interesada actúa mediante representación, debidamente acreditada.

3. Se resolverá vencido con amplitud el plazo resolutorio, aunque proceda resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos que esta injustificada dilación comporta [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.1 LRJAP-PAC].

### III

1. En el presente caso ha resultado acreditado, en virtud de la documentación obrante en el expediente, que la paciente ingresó el 10 de mayo de 2002 en el Hospital Universitario de Nuestra Señora de La Candelaria (HUNSC), según informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat, de fecha 1 de marzo de 2011, que durante el ingreso de la afectada *“dada la etiología mas frecuente en estos casos (embolia de origen cardiológico) se contactó con el servicio de Cardiología de este Hospital, que tras estudio y valoración con pruebas complementarias (ecocardiograma), indicaron tratamiento de la paciente con anticoagulación oral.*

*El día 21 mayo de 2002 la paciente se da de Alta Hospitalaria con buen estado general, buen aspecto de las heridas quirúrgicas y con todos los pulsos positivos de la pierna izquierda.*

*En el informe de alta se indicó además del tratamiento que precisaba en relación a sus otras patologías, la anticoagulación subcutánea y la recomendación de paso a Sintrom por parte del servicio de Hematología”.*

El Servicio de Diagnóstico por Imagen de Urgencias concluye como diagnóstico "Ateromatosis carotídea bilateral, de predominio derecho, con estenosis de CID no mayor del 40%, sin alteraciones hemodinamicamente significativas".

El Servicio de Radiodiagnóstico concluye en su informe radiológico *"Imágenes sugestivas de discreta atrofia cerebral cortico-subcortical generalizada con desmielinización (leucoaraiosis) periventricular"*.

En relación con el informe emitido por el Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, de fecha 21 de febrero de 2011, éste indica que:

*"La Paciente, ingresó en Servicio de Traumatología, procedente de Centro de Salud de Candelaria, remitida por su Médico de cabecera, el 21/03/2009, por Fractura de cadera cerrada, por caída casual 48 horas antes en su domicilio, y que también confirma su hijo al ingreso, que dicha caída había ocurrido 2 días antes.*

*La Paciente fue ingresada 21/03/2009, y tratada de su fractura de cadera izquierda, de acuerdo y según protocolos médico-quirúrgico de Servicio de Traumatología Hospital Universitario La Candelaria para este tipo de fractura y patología asociadas.*

*Tras su ingreso, se procedió de acuerdo con los protocolos médico-quirúrgicos del Servicio de Traumatología, a la retirada de la medicación de Sintron, y sustitución por HBPM, Clexane 40 mg subcutáneo diario, así como tal y como indica la Preanestesia, se le solicitó analítica con pruebas de coagulación de control, el día previo a la intervención quirúrgica. Pudiendo ser intervenida quirúrgicamente, mediante osteosíntesis en la fecha 26/03/2009, con clavo gamma-3 por fractura pertrocanterea de cadera izquierda. El postoperatorio se desarrolló sin ninguna incidencia reseñable. Con evolución favorable. No evidenciando durante su ingreso, ninguna intolerancia, ni alergia a material de osteosíntesis, material de sutura o producto antiséptico, ni a fármaco alguno. En la radiografía de control postoperatoria de dicha intervención, se observa la correcta implantación del material de osteosíntesis.*

*Así mismo fueron firmados correctamente, los consentimientos informados previos a la intervención quirúrgica, del Servicio de Traumatología (Intervención quirúrgica de Fracturas de la región trocantérica), Servicio de Anestesia y Servicio de Hematología (Transfusión sanguínea). Se dio de alta hospitalaria con fecha 31/03/2009, de acuerdo y según protocolo del Servicio de Traumatología del Hospital*

*La Candelaria, de este tipo de fractura y patologías, con las indicaciones terapéuticas oportunas, tras su intervención quirúrgica. Así mismo, indicaciones para control evolutivo de estado general de la paciente, por su Médico de Cabecera, así como prescripción de medicaciones que pudiera precisar u otras que necesitara en su caso, debiendo acudir al Médico de Cabecera, con el informe del alta hospitalaria, una vez dado de alta hospitalaria a la paciente. Así mismo, las indicaciones para su ATS de zona para control de herida quirúrgica y retirada de puntos. Así como, también para control evolutivo de su intervención quirúrgica en consulta externa de Traumatología, las indicaciones pertinentes, para las mismas, para los traslados en ambulancias y solicitud de radiografías. Citándosele en consulta externa de Traumatología.*

*Con fecha 31 de marzo de 2009, se solicitó asimismo su traslado en ambulancia, tras el alta hospitalaria para el mismo día de la fecha solicitada. Al parecer no se trasladó ese día al domicilio, pues tras llegar la ambulancia y esperar hasta las 20 horas 45 minutos, se intento reiteradamente avisar a la familia, y no respondieron, según consta en la historia clínica, en las anotaciones de enfermería. Por lo que tuvo que ser enviada al día siguiente.*

*Previamente al alta hospitalaria, el día 30 de marzo de 2009, se contacto con el hijo de la paciente, según consta en historia clínica. Se le informó del Alta Hospitalaria prevista para el día siguiente, informándosele, de las indicaciones médicas y las pautas terapéuticas que debería seguir, una vez fuera dada de alta hospitalaria; las indicaciones anteriormente mencionadas en el informe del alta hospitalaria, así como que sería trasladada en ambulancia, según protocolo habitual de Servicio de Traumatología de Hospital Universitario La Candelaria a dicha alta hospitalaria prevista.*

*Según consta en informe de alta hospitalaria e historia clínica, en el momento del alta Hospitalaria, 31 de marzo de 2009, la paciente podía deambular con andadora, ayudada de un familiar. Se le indicó, y prescribió para facilitarle sus traslados y desplazamientos, tras el alta hospitalaria, "una silla de ruedas", haciéndole la solicitud ortoprotésica de dicha silla de ruedas, el día 31 de marzo de 2009, según consta en historia clínica. Por todo ello, creo que por parte del Servicio de Traumatología la actuación fue correcta, y se siguieron todos los protocolo concretos para el restablecimiento de la paciente, cumpliéndose los protocolos médico-quirúrgico que el Servicio de Traumatología Hospital Universitario La Candelaria tiene establecidos para este tipo de fractura y patología asociadas,*

*respecto a la mencionada paciente , y no hay relación causal entre los hechos alegados y la actuación del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria”.*

El informe radiológico practicado en el Hospital San Juan de Dios, indica como diagnóstico de la paciente: “ictus parietotemporal izquierdo”. Por otro lado, el informe, de fecha 17 de febrero de 2011, elaborado por el Servicio de Medicina Interna del citado hospital, que incluye informe clínico de su estancia, señala en su último apartado: “Con respecto a los causas que habían conducido a la paciente a presentar la enfermedad que motivó su ingreso, están en relación a un tratamiento anticoagulante con Heparina inadecuado (a dosis subóptimas), tras el alta reciente de otro Centro (8 días) por intervención quirúrgica de fractura de cadera, teniendo la paciente un alto riesgo cardioembólico (por presentar una Fibrilación Auricular Permanente y antecedentes de insuficiencia cardíaca, motivo por el cual ya estaba siendo anticoagulada con Sintrom antes de dicha intervención quirúrgica)”.

El informe, de fecha 26 de abril de 2012, del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), indica: Con la información reunida y estudiada, podemos afirmar que existe una abierta contradicción entre lo reclamado por los familiares y lo realizado en los servicios sanitarios, concretándose en los siguientes puntos:

Respecto a la intervención quirúrgica de urgencia de fractura pertrocantérea de fémur izquierdo, en la que presuntamente se obvian las alergias al yodo y a las grapas metálicas que sufría la paciente se constata la normalidad presente en la atención a la afectada, citando el siguiente párrafo del informe del Jefe de Servicio de Traumatología del Hospital Ntra. Sra. de Candelaria: “el postoperatorio se desarrolló sin ninguna incidencia reseñable con evolución favorable. No evidenciando durante su ingreso, ninguna intolerancia, ni alergia a material de osteosíntesis, material de sutura o producto antiséptico, ni a fármaco alguno (...)”.

Asimismo, confirma el citado Servicio que el tratamiento anticoagulante con Heparina fue el correcto aplicable a la paciente: *“Cirugía de cadera: las heparinas de bajo peso molecular, los anticoagulantes orales o la heparina en dosis ajustadas son efectivas después de la cirugía de cadera. De estas tres posibilidades, las heparinas de bajo peso molecular son las más convenientes debido a que no requieren monitorización de laboratorio”.*

## IV

1. La Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen es de carácter desestimatorio, porque considera sobre la base de la instrucción practicada, que las actuaciones realizadas por la Administración sanitaria, concretamente el tratamiento practicado a la paciente por los facultativos, fue adecuada, no existiendo nexo causal por el daño padecido que, por lo demás, el instructor considera que responden a cursos médicos evolutivos ajenos a la infracción de la *lex artis*.

2. El informe del Servicio de Traumatología del HUNSC ya citado, efectivamente indica que se dio el alta hospitalaria a la paciente con fecha 31.03.2009, de acuerdo y según el protocolo del Servicio para este tipo de fracturas e intervenciones, "con las indicaciones terapéuticas oportunas, tras su intervención quirúrgica", añadiendo que se dieron indicaciones para control evolutivo de estado general de la paciente por su médico de cabecera, así como para prescripción de medicamentos que pudiera precisar u otros que necesitara en su caso, debiendo acudir a éste con el informe del alta hospitalaria. Sin embargo, ni en la historia clínica, ni en el citado informe se menciona en qué momento debía acudir a su médico de cabecera, esto es, si debía acudir inmediatamente, al día siguiente, o pasados algunos días, especialmente en relación con los antecedentes de la paciente y la reintroducción de la medicación anticoagulante (Sintrom) que había sido sustituida por la heparina antes de la intervención quirúrgica.

En el informe de alta (folio 215) del Servicio de Traumatología se le prescribe la heparina "Clexane 40: 1 cada 24 horas subcutáneo", pero no se le advierte nada en relación con el momento y el procedimiento de reintroducir la medicación anterior, que supone una mayor dosis de anticoagulante, cuya prescripción, por cierto, fue recomendada por el Servicio de Hematología del HUNSC y necesita de una constante vigilancia y pautado para equilibrar el nivel de coagulación de la sangre, según se desprende del informe del Servicio de Hematología del HUNSC (folio 365), con la última prescripción del Sintrom efectuada el 16.03.2009 -pocos días antes de que tuviera que acudir la paciente al Servicio de traumatología a causa de la fractura de cadera-, que es pautado desde el 16.03.2009 hasta el 26.04.2009, siendo necesaria una nueva prescripción y pautado el 27.04.2009, donde queda constancia de la necesidad de un estrecho control y seguimiento de la posología de dicho medicamento, que se pauta su dosis día a día, con controles de nivel de coagulación mensuales, lo que no se tuvo en cuenta por el Servicio de Traumatología al

interrumpir el tratamiento y dar el alta sin instrucciones claras y precisas sobre la necesidad y procedimiento de reintroducción del mismo.

Precisamente, el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios achaca la causa de la enfermedad que motivó el ingreso de la afectada en el citado hospital, es decir, el ACV isquémico severo de probable origen cardioembólico, al tratamiento anticoagulante con heparina (a dosis subóptimas), tras el alta del HUNSC por la intervención quirúrgica de fractura de cadera, teniendo en cuenta el alto riesgo cardioembólico de la paciente, con las patologías precedentes que presentaba y la prescripción anticoagulante con Sintrom que se le administraba antes de dicha intervención quirúrgica. Es por este motivo por el que el Servicio de Traumatología debía de haber remitido a la paciente al Servicio de Cardiología o al de Hematología, o, al menos, consultar a los mismos, al objeto de que se pautara la manera de reintroducir el tratamiento con dicho anticoagulante, en sustitución de la heparina, y no indicar genéricamente que debía acudir a su médico de cabecera para la prescripción de medicamentos que pudiera precisar u otros que necesitara en su caso.

Ciertamente, la heparina en dosis ajustadas puede servir como profiláctico de la trombosis venosa profunda (TVP), que ya había padecido la afectada, en sustitución del Sintrom ante la intervención quirúrgica de cadera, tal y como informa el SIP, pero no debemos olvidar que, después de la intervención quirúrgica por la embolia en la pierna izquierda en 2002, fue el Servicio de Cardiología, el que indicó tratamiento con anticoagulante oral, y, después, el Servicio de Hematología el que recomendó el paso a Sintrom, ya que, según la historia clínica, hasta entonces se le estuvo administrando Clexane 20 subcutánea, y en el informe de alta del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de 21 de mayo de 2002, se dice expresamente "Sintrom según pauta de Hematología (Pedir cita en consultas externas de Hematología para paso a Sintrom)".

Así pues, a la vista de los antecedentes médicos y patologías previas, esta falta de concreción, por parte del Servicio de Traumatología, de la manera y momento exacto en el que debía reintroducirse a la paciente la medicación anticoagulante anterior (Sintrom), retirado por dicho Servicio, puso en riesgo su vida y contribuyó a la producción del ACV isquémico severo, tan sólo 3 días después de haberse producido el alta de la intervención quirúrgica de cadera y 8 días después de realizada la misma.

Consecuentemente, se ha producido una infracción de la *lex artis ad hoc*, provocando la actuación de la Administración sanitaria una situación de riesgo, con las consecuencias fatales que se desencadenaron posteriormente por las que debe responder.

## V

1. Por otro lado, el documento de consentimiento informado (folios 166-167) para la intervención quirúrgica de cadera (osteosíntesis), firmado el 23 de marzo de 2009, resulta claramente defectuoso, dada las patologías previas y tratamiento con anticoagulantes de la paciente. Así, por una parte, en el punto 3 del mismo, se dice que *“toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente [diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad (...)] lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad”*, pero, por otra, en el punto 5, después de una enumeración genérica de las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir en una intervención quirúrgica de este tipo, se añade *“Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar riesgos o complicaciones como:”*, dejándose, a continuación varias líneas que deben ser cumplimentadas en función, precisamente, de la situación de cada paciente, sin que en las mismas aparezca nada, a pesar de los antecedentes de fibrilación auricular permanente, insuficiencia cardiaca, ictus, embolectomía y tratamiento con anticoagulantes orales que se administraba a la paciente.

2. En consecuencia, procede comenzar recordando que en relación al consentimiento informado, como garantía que se impone a toda intervención médica que afecte a la integridad corporal del paciente, la relevancia que su ausencia o insuficiencia tiene en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria. Cabe señalar que sobre esta materia es de aplicación la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de carácter básico, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que actualiza la regulación contenida en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, [modificada por Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública y por la Ley 26/2011, de 1 de agosto-RCL 2011/1517] en observancia de las previsiones del Convenio relativo a los Derechos Humanos y Biomedicina de 4 de abril de 1997. Entre los principios básicos que enuncia la Ley en su artículo 2, figura la exigencia,

con carácter general, del previo y preceptivo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, "que debe obtenerse después del que el paciente reciba una información adecuada", y que "se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley" (apartado 2). Asimismo, queda recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (apartado 3), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (apartado 4). El artículo 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el artículo 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el artículo 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, el artículo 8 prevé que "toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso", y que, como regla general, se prestará verbalmente, salvo determinados supuestos, como las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito. Como excepción se permite llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables para la salud del paciente sin necesidad de su consentimiento en supuestos tasados (artículo 9.2); (...)" .

3. Analizando si en el caso concreto que nos ocupa concurren los requisitos antes señalados, cabe concluir que existe un documento en impreso genérico, referido al consentimiento informado del tratamiento quirúrgico para fracturas de la región trocantérea, concretándose la lesión en la cadera y el procedimiento quirúrgico de osteosíntesis. Consta en el documento firmado por la paciente que se le informó acerca de la naturaleza de la operación, los tratamientos médicos que pudieran servir de alternativa a dicha intervención, los riesgos y consecuencias que están relacionados con el procedimiento quirúrgico especificado, pero sin concretar los riesgos y complicaciones que pueden aumentar o surgir por la situación específica de la paciente, debido a sus patologías y tratamientos previos, ni las posibles secuelas que podría haber después de la intervención.

Tal y como se ha reiterado por la Jurisprudencia y por anteriores dictámenes de este Consejo, entre ellos los Dictámenes 695/2011 y 542/2012, el documento de consentimiento informado es claramente insuficiente al no contener el grado de

concreción sobre las posibles consecuencias, riesgos y secuelas que debería conocer la enferma.

En efecto, pese a los antecedentes cerebro-vasculares graves, ictus, cardiopatía, embolia, hipertensión y tratamiento con anticoagulantes, nada se dice sobre las posibles consecuencias riesgos y secuelas a que dicha situación médica pudieran dar lugar o agravar con la intervención quirúrgica.

En este sentido, decíamos en nuestro Dictamen 452/12, que reproducíamos en el Dictamen 99/13:

*“Además, en la línea expresada en Dictámenes de este Organismo, particularmente en el Dictamen 390/2012, el Tribunal Supremo, en jurisprudencia reiterada y constante, insiste en que el consentimiento informado supone la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud; que se debe informar previamente de los riesgos y alternativas; y que el consentimiento constituye un presupuesto o elemento esencial de la lex artis.*

*Por eso, de omitirse la pertinente información o un dato o elemento sobre complicación o consecuencia dañosa que la operación podría ocasionar, según los estudios médico-científicos o clínicos en esta materia, se priva a la paciente de la posibilidad de ponderar la conveniencia de someterse o no a la específica y singular operación quirúrgica recomendada o pautada.*

*Todo ello, naturalmente, sin excluir que, pese a procederse en este punto conforme a Derecho, en los términos expresados, pueda existir responsabilidad de acreditarse que la intervención fue realizada incorrecta o indebidamente o no justificarse que el daño fue inevitable o forzoso dadas las circunstancias.*

*A mayor abundamiento, dadas las deficiencias del documento obrante en el expediente, se reitera que ha de formularse de modo individualizado y no genérico, en función de las características, estado y otros datos personales del paciente y, en su caso, de la técnica a realizar u objetivos de ésta.*

*Esto es (Sentencias del TS de 21 de marzo de 2007 y 19 de octubre de 2010), ha de ajustarse a las necesarias exigencias de concreción respecto a la específica operación quirúrgica a que el paciente fue sometido, en todos los extremos antedichos, pues el deber de obtener previo consentimiento informado no puede convertirse en una mera rutina formularia, debiendo responder al cumplimiento de*

*la obligación de ofrecer al paciente la posibilidad la información para decidir la prestación sanitaria a recibir.*

*Consecuentemente, la Administración sanitaria tiene el deber de informar previamente a la intervención de sus riesgos concretos, como complicaciones, efectos lesivos o fracaso, en función, desde luego, de sus características técnicas, zonas afectadas y, es claro, las condiciones físicas, psicológicas, profesionales o sociales del paciente. Para lo que, sin duda, es necesario un procedimiento abierto de comunicación entre el médico y el enfermo, en relación obviamente con el derecho del paciente a recibir tal información y al respecto de su autonomía personal para consentir libre y conscientemente, la operación que se ofrece como remedio a su dolencia”.*

Consecuentemente, en estas circunstancias, se produce la vulneración de lo dispuesto en el art. 8 de la Ley 41/2002, básica, en sus tres apartados, y, en relación con ello, lo previsto en el art. 10 de dicha Ley.

Por eso y como se expuso antes, el consentimiento de la interesada a ser intervenida ha sido inadecuado, con omisión de la información de importancia al respecto, sin advertírsele debidamente de los riesgos, dados sus antecedentes, patologías y tratamiento y, en todo caso, visto el formulario tipo y genérico que la afectada firmó sin cumplimentarse debidamente.

Lo que supone la infracción de la *lex artis ad hoc*, con sufrimiento de consecuencias y secuelas de las que no fue informada y que ocasionaron una posterior complicación y agravamiento de las patologías previas, con fatal desenlace.

4. En consecuencia, existe relación de causalidad entre el funcionamiento incorrecto del servicio público sanitario y el daño sufrido que, por los motivos expuestos, no tienen los interesados el deber de soportar, sin que concurra concausa.

Por tanto, la Propuesta de Resolución desestimatoria no es conforme a Derecho, correspondiendo a los interesados una indemnización teniendo en cuenta los criterios médicos contenidos en las tablas de valoración, establecidas en Ley sobre responsabilidad civil y seguro de circulación de vehículos a motor.

En todo caso, la cuantía de esta indemnización, referida al momento en el que se produjo el daño, ha de actualizarse en el momento de resolver el procedimiento (art. 141.3 LRJAP-PAC).

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución desestimatoria no se ajusta al Ordenamiento Jurídico, debiéndose indemnizar a los interesados en los términos expuestos en el Fundamento V.4.