



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 0 9 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 28 de junio de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por N.D., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 177/2016 IDS)\**.

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

### I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

El reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 161.997,91 euros. Esta última cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero 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 el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

### II

1. N.D. formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada.

---

\* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

El reclamante alega, entre otros extremos, lo siguiente:

- En fecha 13 de abril de 2004, sufrió accidente laboral al caer sobre sus extremidades inferiores en el hueco de una escalera desde una altura de unos 3 metros, lo cual le ocasionó una fractura diafisaria de fémur izquierdo.

- Tras el accidente fue trasladado de inmediato al Hospital General de Fuerteventura, donde permaneció ingresado para ser intervenido quirúrgicamente el 15 de mayo de 2004 de reducción con osteosíntesis, siendo dado de alta el 19 de abril de 2004.

- Tras la intervención y con fecha 8 de julio de 2004 le fue retirado el tornillo perno de bloqueo proximal, a su entender de forma precipitada y sin consideración médica de criterios como sus características físicas de talla y peso, tras lo cual comenzó a tener dolores musculares, alteraciones vasculares y dérmicas con aparición de una úlcera en la extremidad afectada, siendo dado de alta por la Mutua Universal el 13 de septiembre de 2004. Con posterioridad, en fecha 21 de junio de 2005, le fue retirado el clavo intramedular, siendo dado de alta el 26 del mismo mes.

El reclamante sostiene que a resultas de la asistencia recibida y concretamente debido a la extracción precipitada del clavo proximal, se le han producido las siguientes secuelas: acortamiento importante de la extremidad de unos 6 centímetros, trombosis venosa profunda y cicatriz de úlcera varicosa.

Solicita por los daños padecidos una indemnización que asciende a la cantidad de 161.997,91 euros, comprensiva de los días de baja, las secuelas padecidas y la incapacidad total que tiene reconocida.

2. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños personales como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. La reclamación fue presentada el 20 de abril de 2011, en relación con la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud desde el 13 de abril de 2004, y de la que causó alta el 26 de noviembre de 2005. No obstante, los hechos objeto de la reclamación fueron objeto de juicio de faltas ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 4 de Puerto del Rosario que fue resuelto por

Sentencia de 19 de abril de 2010, de carácter absolutorio para el facultativo denunciado, y que fue notificada al ahora reclamante el 7 de mayo de 2010. Por consiguiente, teniendo en cuenta que, como reiteradamente ha señalado la jurisprudencia (SSTS de 26 de mayo de 1998, 16 de mayo de 2002, 18 de enero de 2006, 12 de junio de 2008 y 1 de diciembre de 2008, entre otras), las actuaciones penales interrumpen el plazo de prescripción, la reclamación de responsabilidad patrimonial, presentada en la citada fecha, no puede considerarse extemporánea (art. 142.5 LRJAP-PAC).

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado 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, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 15 de julio de 2011 (art. 6.2 RPAPRP) y se han realizado, asimismo, los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), constando en el expediente el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General de Fuerteventura, a cuyo funcionamiento se imputa la presunta lesión indemnizable (art. 10.1 RPAPRP), así como copias de las historias clínicas del reclamante obrantes en los distintos centros sanitarios donde fue atendido.

Al reclamante se le ha otorgado asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), durante el que presentó alegaciones en las que propone la terminación convencional del procedimiento en la cantidad inicialmente reclamada, al tiempo que solicita la comprobación de la prueba documental propuesta por la Administración. Traslada esta documentación al interesado, no presentó nuevas alegaciones.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

### III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan acreditados en el expediente los siguientes antecedentes, conforme a los datos obrantes en su historia clínica, condensados por el Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe:

- El reclamante, con fecha 13 de abril de 2004, y como consecuencia de un accidente laboral -caída desde una altura de 3 metros- sufre fractura diafisaria de fémur izquierdo.

- Ingresa durante el periodo 13 a 19 de abril de 2004 en el Servicio de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura. Se coloca tracción cutánea y miembro inferior sobre férula de Brown.

- En fecha 15 de abril de 2004, se realiza intervención quirúrgica: reducción de la fractura con osteosíntesis mediante síntesis endomedular encerrojada con clavo de Grosse-Kempf con bloqueo proximal y distal.

En el documento de consentimiento informado, entre otras posibles complicaciones de osteosíntesis de fractura, se citan la flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar en el peor de los casos a embolismo pulmonar y muerte; el acortamiento, alargamiento o defectos de rotación de miembro operado; y puede requerir nueva intervención para retirada de material de osteosíntesis.

Se le indica, entre otras prescripciones, profilaxis de tromboembolismo venoso con heparina de BPM subcutánea durante el ingreso y al alta; reposo relativo; y caminar con dos bastones manteniendo el miembro inferior izquierdo en descarga absoluta.

Causa alta hospitalaria en fecha 19 de abril de 2004 con cita en fecha 21 de abril para cura local y el 28 de abril para revisión médica.

- El 10 de mayo de 2004 rodilla 0°/70°. Se va a su país.

- Revisión en fecha 21 de junio con Rx, se pone en LE para EMO (extracción material osteosíntesis) perno proximal.

- El 8 de julio de 2004, se realiza dinamización del clavo consistente en la retirada del perno o tornillo proximal.

- El 13 de julio de 2004, refiere dolor a nivel del muslo. Rx bien, consolidación parcial. Revisión con Rx en tres semanas.

- El paciente es seguido en el Servicio de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura hasta el 15 de noviembre de 2004.

Constan visitas de control en las fechas 17 de julio, 9 de agosto, 6 de septiembre y 15 de noviembre de 2004 durante las cuales no se hace referencia a alteraciones vasculares, dérmicas ni úlceras.

En fecha 9 de agosto de 2004, Rx consolidada. Camina con dos bastones. Se le indica caminar sin ayuda.

En fecha 6 de septiembre de 2004, Rx bien. Acortamiento de aproximadamente 1,5 cm. Se indica alza pie derecho de 1-1,5 cm.

En revisión de fecha 15 de noviembre de 2004: clínicamente posible dismetría de aproximadamente 1,5 cm pero sin que se objetive acortamiento en el estudio radiológico, además consolidación. Se le indica volver al año desde la intervención quirúrgica para valorar la extracción de clavo previo estudio radiológico. Consta que lo ven en Mutua Universal.

- El paciente acude a la cita de revisión en el Hospital General de Fuerteventura en fecha 19 de abril de 2005 y no regresa en ningún momento a la consulta de Traumatología.

Consta accidente laboral hace 11 meses. Refiere que desde entonces padece edemas en miembro inferior izquierdo + varices + úlcera en maléolo interno.

Como diagnóstico, insuficiencia venosa postraumática.

- En historia clínica de Atención Primaria se describe en fecha 19 de septiembre de 2005 efecto tardío de fractura de extremidad inferior (secuela de lesión accidental). Flebitis y tromboflebitis.

- En fecha 13 de octubre de 2005, el Servicio de Cirugía explora úlcera en proceso de cicatrización, con buena evolución. Se prescriben medias de compresión.

- En interconsulta-desde Atención Primaria al Servicio de Cirugía, en fecha 18 de noviembre de 2005, se recoge intervención quirúrgica en abril de 2004; desde entonces, presenta insuficiencia venosa en dicha pierna.

- En informe del Servicio de Cirugía, de fecha 29 de noviembre de 2005, se expresa que está siendo seguido en consulta por insuficiencia venosa profunda en miembro inferior izquierdo. Que desde la fractura ha presentado edema, pigmentación siderótica y úlcera maleolar en MII.

A la exploración, secuelas postrombóticas así como incompetencia femoral profunda.

- Última referencia a úlcera varicosa en la historia clínica de Atención Primaria en fecha 1 de junio de 2006.

- En valoración de fecha 5 de mayo de 2006, por el Servicio de Cirugía Cardiovascular en la C.S.C., bajo la cobertura de Mutua Universal de Accidentes de Trabajo, se describe acortamiento de miembro inferior izquierdo aproximadamente 3 cm.

Además atrofia cutánea, lipodermatoesclerosis y dermatitis ocre extensa supramaleolar interna izquierda, úlcera en resolución, aumento del diámetro de la pierna izquierda. Pulsos periféricos positivos, buen llenado capilar, Doppler arterial normal.

En ecografía Doppler de miembros inferiores: sistema arterial principal de miembros inferiores permeable y con registro espectral normal. Sistema venoso de MID permeable a nivel femoropoplíteo con adecuada competencia valvular. A nivel de miembro inferior izquierdo se observa signos ecográficos de trombosis crónica a nivel femoral superficial y poplítea, con leve recanalización y escaso desarrollo de circulación colateral, hallazgos compatibles con síndrome postflebítico.

Diagnósticos: trombosis venosa crónica femoro-poplítea de miembro inferior izquierdo. Dermatoesclerosis y dermatitis ocre en pierna izquierda. Acortamiento de MII.

- En consultas posteriores, varices susceptibles de intervención quirúrgica que el paciente no desea de momento, y desarrollo de úlcera pequeña sin signos de

infección (control de 4 de diciembre de 2007), cerrada en control de 25 de abril de 2008.

En Ecodoppler de 25 de abril de 2008, adecuada repermeabilización.

- En control de fecha 25 de septiembre de 2009, por el Servicio de Cirugía Cardiovascular en la C.S.C., bajo la cobertura de M.U.A.T.: en ecodoppler proceso trombótico desde vena poplítea hasta vena femoral superficial en tercio medio con flujo periférico, lo que no indica TVP aguda/subaguda, vena femoral común permeable, compresible con cayado de safena interna incompetente, resto de la ecografía normal.

Refiere menos síntomas, pierna izquierda de mejor aspecto, no hay úlceras, no dolor, buena evolución.

2. El interesado en este procedimiento centra su reclamación en la inadecuada asistencia sanitaria que le fue prestada tras la intervención quirúrgica a la que tuvo que ser sometido como consecuencia de una fractura diafisaria de fémur izquierdo. Sostiene que el tornillo perno de bloqueo proximal que se le había colocado en la citada intervención le fue retirado de forma precipitada y sin consideración médica de criterios como sus características físicas de talla y peso, tras lo cual comenzó a tener dolores musculares, así como alteraciones vasculares y dérmicas, con aparición de una úlcera en la extremidad afectada.

La Propuesta de Resolución, por su parte, desestima la reclamación presentada por estimar que no concurren en el presente caso los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad de la Administración, considerando correcta la actuación sanitaria dispensada al reclamante quien, además, había firmado el documento de consentimiento informado en el que constaban los riesgos propios de la intervención quirúrgica.

3. El análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución requiere tratar separadamente las dos cuestiones que en la misma se suscitan y que vienen constituidas, por una parte, por la efectiva adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* en cuanto a los tratamientos y técnicas empleadas, y, por otra, por las consecuencias que en orden a la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración presenta el hecho acreditado de que el paciente prestara su consentimiento informado a la intervención practicada.

Con carácter previo resulta no obstante necesario precisar que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como obligadamente se repite en los dictámenes de este Consejo Consultivo, el servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido de que no exista un deber jurídico para aquellos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si esta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.



Pues bien, entrando ya en el primero de los aspectos señalados, relativo a la corrección de la asistencia sanitaria prestada, la Propuesta de Resolución sostiene que el acto médico realizado fue correcto.

Esta afirmación puede considerarse justificada a la vista de los informes obrantes en el expediente y singularmente el del Servicio de Inspección y Prestaciones.

Así, señala este informe que en el estudio de las secuelas objeto de la reclamación, consistentes en el acortamiento de miembro inferior izquierdo y trombosis venosa profunda, han de tenerse en cuenta tres hechos: el traumatismo en sí, la necesaria intervención quirúrgica y el momento de retirada de tornillo de bloqueo proximal, extremo este último sobre el que interesado funda su reclamación. A todo ello añade que el seguimiento de la lesión por el servicio público de salud se vio interrumpido, al menos, por el seguimiento realizado por su Mutua de accidentes laborales.

Por lo que se refiere a la fractura de diáfisis de fémur sufrida, pone este informe de manifiesto que presenta como posibles complicaciones, unas inmediatas, como lesiones vasculares, entre otras, y otras mediatas, como consolidación viciosa (acortamiento y rotación externa del miembro inferior), infección postoperatoria y pseudoartrosis.

Explica en este sentido que los miembros afectados de fracturas presentan casi siempre un edema más o menos severo, y este en ocasiones se prolonga en el tiempo, conservando el miembro traumatizado un edema crónico o «edema postraumático». Así como el trauma provoca una solución de continuidad en el hueso, también puede provocar trombosis, con lo que un porcentaje indeterminado de los llamados «edemas postraumáticos» no son otra cosa que síndromes posttrombóticos.

Sobre este extremo añade el citado Servicio lo siguiente:

«La pared venosa puede ser dañada de diversas formas provocando trombofilia en traumas directos e indirectos; asimismo pueden influir los estados, incluso pasajeros, de hipoxia por espasmo arteriolar y de los vasos vasorum y las eventuales lesiones nerviosas. Además en el trauma, la tendencia a la hipercoagulación, debe atribuirse al aumento de los componentes protrombóticos y de los tromboelastínicos.

En las contusiones y fracturas puede ocurrir un trauma indirecto de la pared venosa. Estudios recientes han demostrado flebotrombosis entre el 50 y 70% de los pacientes con

trauma mayor de tronco o extremidades inferiores siendo la lesión venosa endotelial un elemento predisponente inicial.

Por otra parte, la necesaria inmovilización se presenta como factor y determinante de la trombosis. La disminución de la velocidad del flujo venoso es un factor que favorece la flebotrombosis. El enlentecimiento es normal en el reposo e inmovilidad muscular. La inmovilidad "forzada", con ausencia de la función de bomba muscular, como ocurre en la inmovilización de una extremidad por una fractura, conlleva a una menor velocidad del flujo de retomo venoso.

En la Sentencia correspondiente al Juicio de faltas nº (...) del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 4 de Puerto del Rosario, aportada por el reclamante, se manejan diversos factores en el origen de trombosis venosa profunda, entre los que se encuentra la fractura en sí, como indica el Médico Forense "debido a la potencia de los músculos del muslo, los fragmentos óseos se pudieron desplazar comprimiendo e incluso rompiendo las estructuras vecinas. Los vasos femorales que se encuentran muy cercanos al hueso, pudieron verse afectados durante la fractura, en la que los fragmentos fueron capaces de comprimir estas estructuras"».

Por lo que se refiere a la otra complicación sufrida, el acortamiento del miembro, señala el Servicio de Inspección y Prestaciones que también está descrita en este tipo de fracturas, en términos de consolidación viciosa (acortamiento y rotación externa del miembro inferior).

Por otra parte, en el expediente se encuentra también acreditado que la intervención quirúrgica que se le practicó al reclamante era la indicada para las fracturas de diáfisis femoral, consistente en la estabilización precoz, reducción cerrada y fijación con clavo endomedular bloqueado. Está asimismo acreditado que al paciente, al ser la trombosis venosa una de las complicaciones posibles del traumatismo padecido y de la propia intervención quirúrgica, se le administró tratamiento profiláctico, no solo a fin de evitar la enfermedad tromboembólica sino sus posibles consecuencias, como son el tromboembolismo venoso recurrente hasta en un 30% de los casos entre los 2-8 años de la trombosis inicial y el síndrome postrombótico en el 17-50% de los pacientes al año después del episodio a pesar del tratamiento adecuado y el fallecimiento.

Por último, en cuanto a la retirada del bloqueo proximal, en la que el interesado centra su reclamación, resulta igualmente del expediente, así como de las actuaciones penales en su momento instruidas, que la medida adoptada era la adecuada ante la evolución de la fractura padecida, en la que se observó mediante

las pruebas pertinentes un retraso en la consolidación, estando entonces indicada la retirada de los pernos.

Señala a este respecto el Servicio de Inspección y Prestaciones lo siguiente:

«El enclavado intramedular acerrojado impide el desplazamiento rotacional del hueso. En el acerrojado estático, el acerrojado es proximal y distal respecto al foco de fractura y neutraliza la rotación y el cabalgamiento. Puede ser dinamizado durante la evolución, retirando el cerrojo proximal o distal, según la localización de la línea de fractura, con ello se logra la consolidación de la fractura mediante un aumento de la carga axial. La dinamización puede realizarse en el momento que la fractura esté en vía de consolidación y no se prevea desplazamiento, o en el caso de necesitar compresión axial al final de la consolidación.

Si bien se describe que es mejor evitar esta dinamización hasta unas 16 semanas después de la intervención, o hasta que la consolidación evite el acortamiento por la carga de peso, en el caso que nos ocupa, previo a la retirada del bloqueo proximal se evaluó mediante pruebas radiográficas la evolución de la consolidación de la fractura observándose retraso en la consolidación y en estos casos está indicado la retirada de los pernos. En esta línea, el objetivo del momento de retirada de tornillo proximal de bloqueo de clavo encerrojado queda recogido en la información facilitada por el Servicio de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura "La extracción del tornillo de bloqueo es una técnica habitual para la dinamización de los clavos encerrojados, en pacientes que tengan un retraso de consolidación o duda de dicho retraso". "No depende para la EMO del tornillo de bloqueo las características físicas, de talla y peso, ya que se trata de una técnica para la aceleración de la consolidación de fractura".

Se define el retardo en la consolidación como la insuficiencia del hueso fracturado a consolidar en un determinado periodo de tiempo. El retardo en la consolidación es un diagnóstico clínico, la movilidad anormal en el foco de fractura, el dolor y los trastornos en la marcha representan los síntomas más comunes e importantes, que asociados a las imágenes radiológicas radioluscentes confirman el diagnóstico.

Se añade que, en la Sentencia aludida anteriormente se deja claro que la finalidad del hecho denunciado era que "la fractura consolidase, y que la misma presentaba un callo insuficiente, sin progresión de la consolidación, con focos diastados", por lo que "no hubo omisión del deber de cuidado, ni imprudencia siquiera leve en la retirada del tornillo de bloqueo pues esta intervención se decidió para evitar la diástasis de fragmentos óseos y estimular la consolidación, estando el plazo en el que se realizó de casi tres meses, dentro del que se recomienda". Que "no puede deducirse que en su retirada no se haya valorado las circunstancias concretas del paciente".

En el punto en que se encontraba la fractura el médico valoró entre favorecer la consolidación del hueso, “ya que si no podrían darse otro tipo de complicaciones como la rotura de material de osteosíntesis” y “un posible acortamiento” que finalmente en el seguimiento en el Hospital de FTV “estuvo dentro de lo que es normal en estos supuestos, inferior a 2 cm”.

Una vez retirado el material no se prescribió deambulación inmediata sin ayuda, sino se espera un mes, constando en la historia clínica como fecha de retirada el 8 de julio de 2004 y la recomendación de caminar sin ayuda en fecha 9 de agosto de 2004. Se retira el material para “la dinamización y carga de la pierna para que se forme el hueso”».

A todo ello se añade que el paciente combinó su seguimiento en el Servicio de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura con seguimiento ajeno al mismo. En agosto de 2004, la fractura se describe consolidada. Hasta la última fecha de seguimiento en el Servicio de Traumatología del Hospital General de Fuerteventura, 15 de noviembre de 2004, es decir cuatro meses después de la retirada de tornillo proximal, el paciente presentaba una disimetría razonable en el contexto de la lesión (1,5 cm) y se describe «sin acortamiento en el estudio radiológico». En esa última fecha, se le indica volver al año para valorar la extracción de clavo previo estudio radiológico. No obstante, el paciente no regresa al Servicio de Traumatología, procediéndose, probablemente, a la retirada del clavo en otro centro sanitario, como se menciona en la aludida Sentencia el 23 de junio de 2005.

El paciente acude nuevamente al Servicio de Cirugía del Hospital General de Fuerteventura el 21 de enero de 2005, debido a sus problemas posflebíticos, y no es hasta el 5 de mayo de 2006 cuando se hace constar en la historia clínica del Hospital S.C., en asistencia bajo cobertura de su Mutua, que el acortamiento es de 3 cm. Este acortamiento no fue por consiguiente objetivado durante la asistencia que le fue prestada por el centro sanitario del Servicio Canario de la Salud, donde se apreció una disimetría de 1,5 cm, dentro de los límites esperados.

En definitiva, procede concluir por todo ello que la asistencia sanitaria que le fue prestada al reclamante fue acorde a la *lex artis*, pues se utilizaron en su caso las técnicas quirúrgicas y los tratamientos adecuados ante el tipo de fractura padecido y, en particular, la retirada precoz de tornillo de bloqueo proximal, que resultó preciso al objetivarse retraso de consolidación de la fractura.

4. Ahora bien, la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición de la paciente los medios precisos para tratar de curar la patología

presentada y que estos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también que aquella reciba cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

En este sentido, 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, enuncia en su art. 2, entre sus principios básicos, 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 de 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 del mismo precepto), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (apartado 4). El art. 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 art. 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 art. 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, el art. 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.

El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito

terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que, de concretarse este, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

En este sentido, la Jurisprudencia de manera constante ha venido sosteniendo que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente constituye una infracción de la *lex artis* que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan, como expresamente reconocen las SSTS de 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero y 10 de octubre de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo , 19 y 25 de mayo, 4 de octubre de 2011, 30 de abril de 2013 y 26 de mayo de 2015, entre otras.

En el presente caso, consta, como ya se ha indicado, el documento de consentimiento informado relativo a la intervención quirúrgica, en el que, entre los riesgos específicos propios de las intervenciones de osteosíntesis de fracturas articulares, expresamente constan la «flebitis o tromboflebitis, que puede dar lugar en el peor de los casos a embolismo pulmonar y muerte», el «acortamiento, alargamiento o defectos de rotación de miembro operado», y que «puede requerir una nueva intervención en un futuro para la extracción del material de osteosíntesis». Estos riesgos fueron por consiguiente conocidos y asumidos por el paciente en el momento en que manifestó su consentimiento a la intervención, por lo que, desde esta perspectiva, la asistencia sanitaria puede considerarse también ajustada a la *lex artis*.

Por todo ello, procede concluir que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación presentada por N.D., se considera conforme a Derecho.