



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 365/2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 3 de noviembre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 346/2016 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 29 de septiembre de 2016, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 30 de septiembre de 2016. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del 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).

### II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama.

---

\* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al 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.

4. 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. Se cumple, asimismo, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se ha presentado la reclamación por la interesada ante la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 30 de julio de 2013, tal y como se determinó en el propio informe del Servicio de Inspección y Prestaciones emitido el 22 de junio de 2016. La interesada había presentado reclamación ante la Gerencia del Hospital Universitario de Canarias (HUC) el 13 de febrero de 2012.

Por tanto, no ha transcurrido el plazo de un año para reclamar, de conformidad con lo dispuesto en el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), ley aplicable en virtud de lo que establece la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

### III

El objeto de la reclamación que nos ocupa, según escrito de la interesada, viene dado por los siguientes hechos:

- El 13 de junio de 2011, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), remitida desde su centro de salud por dolor en la fosa ilíaca derecha, náuseas y febrícula. Le realizan pruebas y analíticas y se procede su ingreso

para realizarle una ecografía. La ecografía objetiva hallazgos inespecíficos aunque podrían estar en relación con proceso inflamatorio-infeccioso.

- El 17 de junio de 2011, acude a Urgencias aquejada de fiebre y fuertes dolores. Le realizan pruebas y le informan de un foco de neumonía y una inflamación en el abdomen. Le dan el alta con diagnóstico de colitis vs adenitis.

- El 27 de junio de 2011, la interesada firma documento de consentimiento informado para cirugía de urgencias de apendicetomía laparoscópica. En dicho documento, señala la reclamante, no se prevén las consecuencias que finalmente concurren, así como tampoco se explican los riesgos generales ni específicos de la intervención, siendo el impreso de consentimiento genérico y, por ello, hay vicio en el consentimiento dado.

- Una vez intervenida, permanece ingresada cinco días, con un cuadro de náuseas, malestar general y dolor continuo en el lado izquierdo.

- El 20 de julio de 2011, acude a consulta al Hospital (...). Se evalúa a la paciente y tras exploración física y ecografía abdominal se diagnostica que el dolor es de tipo muscular probablemente secundario a lesión de músculo psoas por colocación de trocares de laparoscopia.

- El 27 de julio de 2011, acude al HUC por dolor abdominal. Se solicita ecografía abdominal urgente para descartar complicación de la cirugía. En el informe del Servicio de Cirugía General se recoge: «Se realiza laparoscopia el 27/06/2011 sin incidencias preoperatorias. Tras el alta la paciente describe dolor abdominal irradiado a región inguinal izquierda en relación con incisión de trocar de laparoscopia, lo cual ocasiona limitación para sus actividades diarias».

- El 3 de octubre de 2011, es ingresada en el Servicio de Reumatología del HUC, por edema de miembro inferior izquierdo, con sospecha de algodistrofía de Sudeck, obteniendo el alta el 19 de octubre de 2011.

- Los días 18 de enero de 2012, 1 de febrero de 2012 y 13 de marzo de 2012 es intervenida quirúrgicamente, realizándosele bloqueos del plexo lumbar izquierdo. Juicio diagnóstico: síndrome regional complejo tipo II.

- El 2 de mayo de 2012, en intervención quirúrgica, se realiza bloqueo del plexo simpático lumbar izquierdo bajo control radiológico, sin incidencias. Juicio diagnóstico: síndrome regional complejo tipo II.

- El 27 de julio de 2012, el INSS dicta Resolución que le reconoce incapacidad permanente en grado de absoluta para todo tipo de trabajo.

Se solicita una indemnización que cuantifica en 372.075,64 euros, más los intereses legales correspondientes, por los daños físicos sufridos y los gastos médicos realizados. De tal indemnización, 100.000 euros se corresponden con los daños morales.

## IV

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 7 de agosto de 2013, se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación. De ello recibe notificación el 16 de agosto de 2013, viniendo a cumplimentar este trámite el 2 de septiembre de 2013.

- El 9 de septiembre de 2013, se solicita a la interesada que se aporte la reclamación completa que se había presentado ante la Gerencia del HUC, ya que se aportó el 2 de septiembre de 2013 de manera incompleta. Se aporta lo solicitado el 23 de septiembre de 2013.

- Por Resolución de 4 de octubre de 2013, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada. Ello se notifica a la reclamante el 21 de octubre de 2013.

- El 16 de octubre de 2013, se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones tanto en relación con la eventual prescripción de la acción para reclamar, como, en caso de no ser extemporánea, en relación con el fondo del asunto, viniendo a emitirse el mismo, tras recabar la documentación oportuna, el 22 de junio de 2016. No se considera prescrita la acción.

- El 27 de junio de 2016, se dicta acuerdo probatorio, declarando la pertinencia de todas las pruebas propuestas, y, puesto que siendo documentales todas se hallan ya incorporadas al expediente, se declara concluso el trámite probatorio. De ello recibe notificación la interesada el 1 de julio de 2016.

- El 27 de junio de 2016, se acuerda la apertura de trámite de audiencia, lo que se notifica el 1 de julio de 2016 a la reclamante.

- Consta acta de apoderamiento *apud acta* de 7 de julio de 2016, por medio de la que se otorga poder de representación a (...) por la interesada. Éste, el 8 de julio de

2016, solicita, mediante tercero autorizado, copia de determinada documentación que se le entrega en el acto.

- El 14 de julio de 2016, se solicita ampliación de plazo de alegaciones, aunque el 13 de julio de 2016 había concluido el plazo. No obstante, se concede nuevo plazo de 5 días. De ello es notificada la interesada el 25 de julio de 2016, viniendo a presentar escrito de alegaciones el 1 de agosto de 2016 (aunque, erróneamente, en la Propuesta de Resolución se señale que no constan alegaciones).

- El 22 de agosto de 2016, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la reclamante, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director General del Servicio Canario de la Salud, que es informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 23 de septiembre de 2016. Así pues, el 27 de septiembre de 2016 se formula Propuesta de Resolución definitiva en aquel sentido.

## V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante. A tal efecto, se fundamenta la misma, dados los informes recabados a lo largo de la tramitación del procedimiento, y, en especial, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, en la conformidad a la *lex artis* de la actuación de la Administración sanitaria en el caso que nos ocupa.

2. Pues bien, entendemos que la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues hemos de distinguir los dos aspectos que conforman la *lex artis* en el ámbito sanitario: el material, que consiste en la adecuada prestación de medios diagnósticos y terapéuticos, y el formal, esto es, la adecuada prestación del consentimiento informado, aspecto en el que, como analizaremos, no es conforme a la *lex artis* la actuación sanitaria en este caso.

3. Desde el punto de vista material, efectivamente, según se detrae del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, la paciente acudió en varias ocasiones a su centro de salud y al Servicio de Urgencias del HUC aquejada de dolores abdominales, náuseas y febrícula. Tras las múltiples pruebas y tratamientos realizados, no se determinan signos concluyentes de apendicitis, aunque se recomienda valorar clínicamente. El juicio diagnóstico es «dolor en FID. Sospecha de apendicitis aguda». Se realiza Rx de tórax, abdomen y analítica. Se indica laparoscopia exploradora de urgencias, informando a los familiares y a la propia paciente (folio nº 319), firmando

el documento de consentimiento informado con fecha 27 de junio de 2011, previo a la intervención quirúrgica consistente en «laparoscopia exploradora de urgencia».

Según explica el Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe, en caso de dudas diagnósticas la vía laparoscópica para apendicetomía se considera el mejor método de abordaje. Ante la duda de un diagnóstico certero, es el cirujano quien ha de tomar la decisión de la intervención quirúrgica.

Como ha informado el Jefe de Sección de Cirugía General y Digestiva el 12 de noviembre de 2014, ante las sucesivas asistencias médicas que requería la reclamante por dolor abdominal, a pesar de mantener un tratamiento para ello, se decidió llevar a cabo laparoscopia exploratoria ante la ausencia de hallazgos patológicos en las pruebas diagnósticas. Explica aquel informe que se trata de una herramienta ampliamente utilizada para el diagnóstico y tratamiento de los dolores abdominales que no encuentran su causa en otras pruebas complementarias, como es el caso en cuestión, pudiendo la laparoscopia exploradora ayudar a diagnosticar y/o tratar si fuera necesario el proceso subyacente.

Dado que el hallazgo quirúrgico es apéndice cecal ligeramente engrosado en la punta, con pequeña cantidad de líquido libre en zona inguinal, se realiza apendicetomía.

Consta en el expediente protocolo de intervención quirúrgica del que resulta que la misma se produjo sin incidencias, por lo que queda constatada la adecuación de la técnica quirúrgica en su indicación y en su aplicación.

Asimismo, consta que el postoperatorio durante el ingreso cursó dentro de lo habitual y esperable en el caso de laparoscopia exploradora con apendicetomía, tal y como consta en anotaciones realizadas por el equipo médico y el de enfermería, pues la paciente presentó sensación nauseosa y dolor en la zona de los trocares y en FID, lo que se constata como síntomas propios de la intervención realizada hasta mejorar y desaparecer en el momento del alta hospitalaria, que se produce el 2 de julio de 2011, tras evolución favorable. No obstante, es remitida a consulta externa de Cirugía General y Digestiva para seguimiento postquirúrgico y recepción de resultados de Anatomía Patológica.

En este punto ha de señalarse que, si bien se refiere en la reclamación que se produjo el alta antes de obtenerse estos resultados, debe aclararse que, como informa el Jefe de la Sección de Cirugía General y Digestiva del HUC el 12 de noviembre de 2014, el alta se realiza en función de criterios clínicos, pues la

incidencia de tal informe determinará en su caso una actuación posterior a evaluar y comunicar al paciente.

Aclarado esto, tras el proceso quirúrgico, el 14 de julio de 2011 acude la paciente a su médico de cabecera, que cursa interconsulta urgente por persistencia de dolor abdominal. Se realiza analítica y exploración. En consulta de Cirugía General las pruebas resultan normales y se diagnostica estreñimiento.

El día 20 de julio de 2011, acude al Hospital (...) por dolor abdominal, determinando allí que el dolor es de tipo muscular, probablemente secundario a lesión en músculo psoas por colocación de trocares de laparoscopia. Se recomienda reposo y tratamiento con antiinflamatorios.

Acude de nuevo al HUC con fecha 27 de julio de 2011 refiriendo dolor en FII, sin irritación peritoneal ni defensa. El dolor aumenta con el movimiento y se irradia a muslo y a pie izquierdos. Se solicita electromiografía del miembro inferior y región quirúrgica. Esta prueba, realizada el 16 de agosto de 2011, evidencia neuropatía axonal leve del nervio génitofemoral izquierdo.

Con fecha 31 de agosto de 2011, se solicita interconsulta al Servicio de Anestesiología para tratamiento del dolor, y a Medicina Interna por presentar edemas progresivos en MII. Tras la realización de bloqueo nervioso inefectivo, se solicita RMN de cadera que resulta normal. Los bloqueos nerviosos son inyecciones de fármacos anestésicos, esteroides y/u opiáceos. Se realizan para aliviar el dolor o determinar si su origen está en una raíz nerviosa concreta.

En consulta de Reumatología se solicita eco-doppler urgente de MII por aumento de la clínica dolorosa. Reumatología informa en historia clínica que el cuadro que presenta la reclamante es sugestivo de distrofia simpático refleja tipo I (también conocida como algodistrofia de Sudeck, dolor regional complejo, CRPS). Se pauta tratamiento con corticoides y analgésicos tras una semana de empeoramiento de la clínica, con edema, cianosis, frialdad, inicio de dedos en garra con hipostesia de los dedos del pie izquierdo.

Con fecha 3 de octubre de 2011, ingresa en el Servicio de Reumatología. Se realiza batería de pruebas diagnósticas. Ante la dificultad de palpar el pulso pedio en MII, se realiza RMN de pies y se valora por Cirugía Vascular. Se instaura tratamiento con heparina durante 10 días, recuperando los pulsos dislates. El juicio diagnóstico es

edema crónico en pie izquierdo sin datos concluyentes de algodistrofía y monoartritis de tobillo izquierdo.

Se firma el alta el 19 de octubre, y se programan citas con Rehabilitación y Reumatología, analíticas y control por su médico de Atención Primaria. Se realiza RMN, que valora Reumatología. La Unidad del Dolor realiza bloqueo del nervio ciático poplíteo externo.

Con fecha 19 de diciembre de 2011, Reumatología sugiere cuadro de atrofia simpático refleja tipo I, tras valorar pruebas diagnósticas.

El 18 de enero de 2012, se realiza bloqueo del plexo lumbar izquierdo por síndrome regional complejo tipo II que afecta a MMI. Este bloqueo se vuelve a repetir el 1 de febrero y posteriormente, sin éxito.

Se realiza RMN de pelvis, sin que los resultados aporten nada nuevo al caso, según consta en historia clínica.

El 19 de marzo de 2012, el Servicio de Reumatología solicita valoración de tratamiento conjunto con Unidad del Dolor, por ausencia de mejoría.

Se realiza plexopatía química, según consta en historia clínica con fecha 23 de mayo de 2012, con mejoría parcial y temporal.

El informe de 4 de junio de 2012, el Dr. (...) manifiesta que la paciente sufre un cuadro florido de dolor e impotencia funcional severa en MII, secundario a lesión nerviosa tras cirugía laparoscópica de apéndice. La evolución es mala y resulta necesaria la colocación de neuroestimulador para intentar mejorar la calidad de vida (folio n° 403).

Con fecha 6 de julio de 2012, se dictamina incapacidad permanente absoluta, y en 2013 se reconoce un grado de discapacidad global del 61%.

Con fecha 27 de julio de 2012, se implanta neuroestimulador medular. Se da de alta el 6 de agosto del mismo año. Con fecha 26 de septiembre de 2012, la paciente refiere en consulta de Cirugía General y Digestiva que no ha mejorado del dolor, y se evidencia a la exploración edemas en MMII.

Se procede a la retirada del neuroestimulador con fecha 18 de diciembre de 2012, por no conseguir cambios significativos en la calidad del dolor y aparecer problemas secundarios al implante (dolores erráticos, sensación de calor interno, molestias por el recorrido del cable). Según informa el Dr. (...) con fecha 18 de septiembre de 2013 (folio n° 402).



Se da de alta hospitalaria para continuar control ambulatorio, tratamiento domiciliario habitual, control con enfermería de Neurocirugía, consultas externas con Neurocirugía, Unidad del Dolor, etc.

Se repite electromiografía en noviembre de 2013, sin objetivar lesión nerviosa.

Tras consultar su caso en Madrid y Granada durante el año 2013, con fecha 13 de octubre de 2014 la médico del Centro de Salud de La Matanza Acentejo escribe que la paciente está en espera de amputación de la pierna izquierda, decisión tomada por la propia paciente tras muchas consultas, y la cual se efectúa en noviembre de 2014 en el HUC.

4. Dados todos los antecedentes médicos expuestos, debemos señalar que, ciertamente, no se descarta por el Servicio de Inspección y Prestaciones la relación entre la intervención quirúrgica realizada el 27 de junio de 2011 y las secuelas que actualmente padece la reclamante, si bien se justifica la adecuación a la *lex artis* de la intervención quirúrgica desde el punto de vista material.

Así, por una parte, en cuanto a la colocación de los trocares que causaron la lesión por la que se reclama, se ha explicado en los informes del expediente y se recoge en la Propuesta de Resolución que la colocación de estos trocares es imprescindible para llevar a cabo este procedimiento. Atraviesan la pared por unas incisiones que oscilan entre 5-12 mm, mediante punción directa de la pared abdominal, La elección del lugar de colocación de los trocares se realiza según el procedimiento que se va a realizar, estando descritas las posiciones de los mismos en función de la técnica quirúrgica a realizar.

Antes de realizar la punción de la pared, se realiza una transiluminación de la misma que permite ver algunos de los vasos sanguíneos que por su calibre son visibles, con la finalidad de evitar lesionarlos. Pero existen estructuras que por su localización y calibre son imperceptibles y pueden resultar inevitablemente lesionadas al penetrar en la cavidad abdominal durante un procedimiento quirúrgico.

La superficie corporal de todo el organismo dispone de un entramado de nervios que se ramifican hasta hacerse imperceptibles al ojo humano. Estos nervios garantizan la capacidad de sentir y de movimiento. La región inguinal recibe inervación de los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genitofemoral. En la región anatómica existente entre la cresta ilíaca anterior y el pubis dichos nervios pueden

convertirse en una lente de dolor, tras operaciones como reparación de hernias, apendicetomía o procedimientos ginecológicos.

Como consecuencia de la colocación de los trocares, por correcta que fue, se produjo una lesión, siendo diagnosticada la paciente de algodistrofía de Sudeck o CRPS.

Se explica por el Servicio de Inspección y Prestaciones que se trata de una alteración de la regulación neurovascular que produce un desequilibrio, según se cree, entre el sistema simpático y el parasimpático. Es una condición de dolor crónico que afecta habitualmente a una o varias extremidades, siendo el principal síntoma el dolor prolongado, con aumento de sensibilidad en las zonas afectadas, hinchazón de la extremidad, con cambios intermitentes de temperatura, color y textura de la piel, uñas y crecimiento del pelo, patrón anormal de sudoración, rigidez de articulaciones, alteración de la coordinación del movimiento muscular y movimiento anormal del miembro afectado.

Dicha afectación no es intencionada, ni resulta ser producto de una mala praxis, sino que es un hecho producido en la cirugía, con una técnica adecuada a la intervención efectuada, según consta en informes médicos. Esta lesión en muchos sujetos no tendría mayor problema, pero en el caso de la reclamante sí los tiene. Estamos hablando de susceptibilidad particular, en algunos individuos.

Al respecto, se añade que se desconoce la causa concreta desencadenante, aunque lo más probable es que se trate del resultado de varias etiologías. Su aparición se relaciona con ciertos factores como: post-traumatismos o cirugía, tras inmovilización con escayola, factores neurovegetativos o personalidad psicósomática. Los síntomas principales son dolor crónico, alteraciones en el trofismo de la piel, atrofia y retracciones musculares, afectación del vello, de las uñas, etc. Hasta un 10% de los adultos que sufren agresión diversa en una extremidad, pueden desarrollar un CRPS. El grado de recuperación no es completo en los adultos, y una parte de éstos no se recuperan, sino que, incluso pueden empeorar. Este síndrome es más común en mujeres jóvenes, no existiendo una prueba concreta para su detección.

No hay forma de prevención conocida en este momento. El tratamiento oportuno es la clave para frenar el avance de la enfermedad. En algunos pacientes los síntomas desaparecen por sí solos, pero en otros, incluso con tratamiento, el dolor continúa y la afección causa cambios irreversibles y devastadores.

El diagnóstico no es fácil y conlleva dudas hasta que las distintas disciplinas diagnósticas de los distintos servicios hospitalarios lo concuerdan, fundamentados por la clínica y evolución.

Ahora bien, el mismo informe añade que se ha relacionado con una predisposición que debe existir para que unos individuos desarrollen el CRPS y otros, en las mismas circunstancias no lo hagan. Según expone el Dr. (...) en su informe clínico, la evidencia indica que las diferencias individuales en la modulación del dolor endógeno son factores de riesgo para el desarrollo del dolor crónico, igual que la predisposición genética, tanto en los casos de CRPS como en los de fibromialgia y otros síndromes.

Así pues, concluye el Servicio de Inspección y Prestaciones que durante la laparoscopia exploradora, tal y como figura en el consentimiento informado para cirugía de urgencias, se pueden presentar efectos indeseables que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, estando el sistema nervioso incluido en estos órganos y sistemas.

El dolor padecido fue posterior al alta hospitalaria. El Servicio de Inspección y Prestaciones mantiene que el síndrome que sufrió la paciente, el denominado CRPS o síndrome regional complejo, de dolor crónico, no ocurre por la cirugía en sí. Se sabe que además de por cirugía se puede ocasionar por otros motivos, y es referido a una susceptibilidad individual. Hay que decir que en este síndrome la sintomatología va *in crescendo* con el tiempo.

Según la cronología de los hechos, la única lesión objetivada que encuentran tras la cirugía efectuada es a fecha de 16 de agosto de 2011, tras la realización de electromiografía: neuropatía axonal leve del nervio genitofemoral izquierdo que parece ser secundaria a la inserción de los trocares, al atravesar la pared intestinal, produciendo la sintomatología de dolor y demás en MII.

La electromiografía de noviembre de 2013 es normal, sin lesiones nerviosas.

Se produjo una afectación leve del nervio que, en circunstancias normales desaparece con el tiempo, pero por predisposición individual, se produjo una respuesta exagerada al daño causado, incluso al desaparecer la lesión físicamente.

5. Dados los antecedentes asistenciales expuestos, hemos de señalar que, desde el punto de vista material, la asistencia sanitaria ha sido conforme a la *lex artis*, al haberse puesto a disposición de la paciente en todo momento los medios diagnósticos

y terapéuticos para curar su enfermedad. Sin embargo, no consta que se le informara, de manera que le fuera comprensible, de que dadas sus características personales se enfrentaba en la intervención quirúrgica a un riesgo añadido.

Se señala por el Servicio de Inspección y Prestaciones, como se dijo antes, que figura en el documento de consentimiento informado para cirugía de urgencias, firmado por la paciente el 27 de junio de 2011, que se pueden presentar efectos indeseables que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, estando el sistema nervioso incluido en estos órganos y sistemas, habiéndose visto afectado su sistema nervioso, muscular y vascular.

Ahora bien, en relación con el consentimiento informado, el Tribunal Supremo pone de manifiesto en su reiterada jurisprudencia (siendo paradigmática la Sentencia del 18 de enero de 2005, recurso 166/2004, Sentencia de 20 de abril de 2005, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª, entre otras), por un lado, la importancia de formularios específicos, ya que sólo por medio de un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla con su finalidad; y, por otro lado, declara que dicho consentimiento está estrechamente ligado al derecho de autodeterminación del paciente.

Esta doctrina jurisprudencial tiene su base legal en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en el art. 10 apartados 5) y 6), que regulan el derecho de todo paciente a «(...) que se le dé en términos comprensibles a él, a sus familiares y allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento», además del derecho a «(...) la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso (...)», y en el capítulo II de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Esta regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado conforme a «*la lex artis ad hoc*», será asumida por el propio paciente.

El Tribunal Supremo considera también en su jurisprudencia (Sentencia del 18 de enero de 2005, recurso 166/2004, Sentencia de 4 de abril de 2000, recurso de casación 8065/1995) que el consentimiento informado forma parte de la «*lex artis*», siendo un presupuesto y parte integrante de ella, por lo que su omisión o su

prestación inadecuada implica una mala praxis. Informar al paciente de manera específica sobre la intervención médica y sus riesgos es una obligación, generando su incumplimiento responsabilidad caso de sufrir daños.

Esta doctrina es compartida por este Consejo Consultivo, que la ha venido manifestado de forma reiterada. Dictámenes 603/2012, 59/2014 y 483/2015.

6. En este supuesto, ha quedado demostrado que el consentimiento informado no se prestó de forma adecuada, sino que se realizó de forma genérica, tal y como manifiesta la reclamante.

Los propios informes obrantes en el expediente señalan que la fibromialgia padecida por la paciente, como antecedente de la intervención quirúrgica, constituía un elemento de predisposición para la complicación surgida, sin que ello se hiciera constar en el apartado de «Riesgos personalizados y otras circunstancias», existente a tal efecto en el documento del consentimiento informado.

Así, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones se señala:

«(...) se ha relacionado con una predisposición que debe existir para que unos individuos desarrollen el CRPS y otros, en las mismas circunstancias no lo hagan. Según el Dr. (...) expone en su informe clínico, la evidencia indica que las diferencias individuales en la modulación del dolor endógeno son factores de riesgo para el desarrollo del dolor crónico, igual que la predisposición genética, tanto en los casos de CRPS como en los de Fibromialgia y otros síndromes».

El informe del Jefe de Sección de Cirugía General y Digestiva de 12 de noviembre de 2014 señala expresamente que «existe una predisposición genética en personas con CPRS y Síndrome de fibromialgia (FMS)».

Añadiendo:

«La paciente tiene como antecedente clínico de interés en relación con este caso, una fibromialgia, diagnosticada por el Servicio de Reumatología el Hospital Universitario de Canarias (...). Este diagnóstico guarda especial interés, en relación con este caso, dada la existencia de una relación científicamente demostrada y ampliamente descrita de fibromialgia con el CPRS, como síndromes de amplificación del dolor».

Así pues, la fibromialgia padecida por la paciente constituía un riesgo particularizado para los efectos secundarios de la intervención quirúrgica y, por la propia colocación de los trocares, debió haberse advertido este riesgo en el documento de consentimiento. De hecho, en tal documento hay un espacio dedicado

a señalar los riesgos operatorios propios en el caso de cada paciente («riesgos personalizados»), que en este caso está vacío cuando, por el contrario, era el lugar idóneo para advertir a la interesada de que, dado su padecimiento, podían producirse las complicaciones que se dieron.

Así pues, no basta que en el funcionamiento del servicio público sanitario no se hayan obtenido unos resultados satisfactorios 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 aquéllos de soportarlos.

Pues bien, en este punto es donde, en el caso que nos ocupa, resulta imputable a la Administración el perjuicio producido, pues aunque en la intervención se haya procedido conforme a la *lex artis*, como no se pone en duda, no se actuó conforme a ella en el preoperatorio al no dotar el consentimiento de la información precisa y personalizada exigible, por lo que el daño inferido al paciente no ha de ser soportado al carecer de correcto título jurídico para ello. En esta línea se reafirma cada vez más el Tribunal Supremo al restar valor a los consentimientos en serie, exigiendo que se ajusten a cada caso concreto para que sean válidos títulos justificadores de la intervención realizada (STS de 18 de enero de 2005, anteriormente citada).

En el caso que nos ocupa, el riesgo de que se produjeran las lesiones que el reclamante ha experimentado no era un riesgo generado por el funcionamiento del servicio de salud, sino por las propias condiciones de una patología previa de la paciente, sí, pero ella debía saberlo y asumirlo para poder soportarlo, pues, en el presente caso el riesgo no viene dado la intervención misma, sino por la técnica usada, ya que es la colocación de los trocares de la laparoscopia la que generó la lesión, pudiendo haberse optado por otra técnica quirúrgica más acorde con los antecedentes médicos de la reclamante.

Se trata, pues, de un proceso no consentido originariamente por la paciente en todas sus eventuales consecuencias, no recogidas como posibles en el documento de consentimiento informado del 27 de junio de 2011, como contrapartida posible a la intervención de laparoscopia exploradora y posterior apendicetomía, que, por otra parte, se produjo satisfactoriamente.

Así pues, concurre uno de los requisitos esenciales de la responsabilidad patrimonial de la Administración y que consiste en que el daño sea antijurídico. En este caso, no existe un título jurídico, una causa de justificación que obligue a la

perjudicada a soportar el daño, por lo que el perjuicio es antijurídico y, por ende, indemnizable.

7. Ahora bien, todo ello debe modularse en el caso concreto, por dos razones.

Por una parte, porque, como se ha ido señalando, la actuación médica, desde el punto de vista asistencial o material ha sido impecable en todo momento.

Por otra parte, porque nos encontramos con una intervención quirúrgica realizada de urgencia, lo que implica que en el momento de realizarse la misma no se disponía, como ahora, de toda la historia clínica de la paciente que pusiera de relieve todas las eventuales patologías previas en el ámbito de las distintas especialidades que habían atendido a la paciente con ocasión de la patología que la aquejaba en urgencias.

Ciertamente, *ex post facto*, se ponen en evidencia todas las circunstancias que pudieron haber sido tenidas en cuenta en el momento de la atención urgente, pero, *ex ante*, se dispone de escasa información, más allá de la derivada de las asistencias prestadas con ocasión de la propia apendicitis.

No obstante, una adecuada actuación médica, y a hechos consumados, hubiera obligado a analizar todo el historial de la paciente, lo que lleva a entender que no haber tenido en cuenta y se informara como tal a la paciente de su fibromialgia, como riesgo específico para las consecuencias que se produjeron en el daño de la colocación de los trocares, debe conllevar responsabilidad patrimonial de la Administración por consentimiento defectuoso.

Mas, abundando en la circunstancia real de la urgencia de la intervención ya indicada, entendemos que la responsabilidad debe limitarse a un 50% de lo solicitado por la reclamante.

Por todo ello, podemos afirmar que la Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen no es conforme a Derecho, ya que se puede imputar la responsabilidad patrimonial derivada de los hechos a la Administración, por las razones anteriormente expuestas, si bien, quedando limitada a un 50% de lo solicitado en la reclamación (que no se ha modificado en trámites posteriores, a pesar de haberse amputado el MII), lo que se une a que en todo momento la asistencia prestada, desde el punto de vista puramente asistencial o material, fue acorde con la praxis médica, debiéndose el daño a las propias patologías previas de la paciente, que convirtieron

una intervención rutinaria en un proceso desproporcionado con unas consecuencias también desproporcionadas.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no resulta ajustada a Derecho, procediendo reconocer la responsabilidad del Servicio Canario de la Salud por el daño causado a la reclamante, así como la obligación de indemnizarla en los términos expresados, actualizándose la cuantía conforme establece el art. 141.3 LRJAP-PAC.