



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 3 0 7 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 20 de septiembre de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en representación de su hijo menor de edad (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 261/2017 IDS)\*.*

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado por (...) en representación de su hijo menor de edad (...) asistido por el letrado (...) en solicitud de una indemnización de 11.207,22 euros por las lesiones que, según alega, le causó la inadecuada asistencia sanitaria que se le prestó por el Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero de Sanidad 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); la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento

---

\* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

Además de acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada LPACAP, el presente procedimiento se rige por 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).

3. En el presente procedimiento la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, al alegar daños causados a su hijo menor de edad como consecuencia de la actividad sanitaria, 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 a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. La reclamación ha sido presentada el 18 de mayo de 2015, en relación con la intervención quirúrgica practicada el 3 de noviembre de 2014 por lo que la reclamación de responsabilidad patrimonial no puede considerarse extemporánea, al no haber transcurrido un año desde la producción del daño (art. 142.5 LRJAP-PAC).

5. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de 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 final es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

6. Conforme al 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, el cual en el presente procedimiento se ha superado; sin embargo esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

7. En la tramitación del procedimiento se han observado el resto de las prescripciones que lo regulan, por lo que no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obsten a un Dictamen de fondo.

Consta en el expediente que en diversas ocasiones se requirió a la interesada a efectos de la subsanación de su solicitud, aportando copia de su DNI, Libro de Familia, centro sanitario donde se produjo el supuesto daño, acreditación de la representación, proposición de prueba y autorización para el acceso a los datos obrantes en su historia clínica así como dirección a efectos de notificación.

La reclamación fue admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 6 de agosto de 2015 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se resuelve comunicar al interesado que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Con fecha 20 de enero de 2017 se emite informe por el mencionado Servicio de Inspección y Prestaciones y a él se acompaña copia de las historias clínicas del hijo menor de la reclamante obrantes en los Centros del SCS, así como informe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Consta también en el expediente el acuerdo sobre el periodo probatorio, en el que se admitieron las pruebas documentales propuestas por la interesada y se incorporaron, como prueba documental, los informes recabados por la Administración.

Se solicita informe complementario del SIP con fecha 18 de abril de 2017, el cual se emite el 2 de mayo de 2017.

A la reclamante se le ha otorgado asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), presentando alegaciones en el plazo concedido al efecto en las que reitera su solicitud indemnizatoria.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Asesoría Jurídica Departamental, 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.

## II

1. El fundamento fáctico de la pretensión según el escrito de interposición de la reclamación es el siguiente:

«CUARTO.- Que el día 12 de noviembre de 2014 acude al hospital a quitarse los puntos y posteriormente su madre se da cuenta de que le pusieron puntos interiores sin haberles Informado.

QUINTO.- Que tras la intervención se analizan las muestras el día 3 de diciembre de 2014, la primera muestra corresponde a estructuras ganglionares linfáticas con centros germinales reactivos. La segunda muestra corresponde a hueso con médula hematopoyética, tejido fibroadiposo y muscular esquelético.

SEXTO.- Que el 4 de noviembre el paciente acude a revisión por tener molestias al deglutir.

SÉPTIMO.- Que el día 15 de enero de 2015 el paciente y su madre acuden al Servicio Canario de Salud para una segunda opinión con el doctor (...), N° de colegiado: (...), cirujano maxilofacial, ya que el paciente siente la tumoración cervical en línea media tras supuestamente habersele extraído en la intervención.

La madre informa al Doctor (...), médico adjunto, que en la ECO realizada el día 8 de enero de 2015, con posterioridad a la intervención, se aprecia el quiste fibroso, una lesión quística en línea media cervical de 7,5 x 2,9 mm que impresiona de quiste tirogloso.

OCTAVO.- Que se realiza al paciente una nueva resonancia que el doctor (...), N° de colegiado: (...), cirujano maxilofacial, compara con una resonancia previa realizada en noviembre de 2013, y se aprecia que no existen cambios, se visualiza el pequeño quiste del conducto tirogloso con un tamaño aproximado de 7,3 mm, en línea media bajo el tejido celular subcutáneo.

NOVENO.- Que esta parte considera que se ha engañado tanto al paciente como a su madre, ya que tras la intervención les informaron que le habían extraído el quiste probándose luego que el mismo no fue extraído. Por otra parte, con posterioridad a la intervención, el doctor informó a la madre que le habían extraído también un pequeño hueso, no siendo la madre informada de esto y realizándolo sin su consentimiento, debido a estos hechos se formula la presente reclamación.

DÉCIMO.- Que el paciente actualmente está en lista de espera urgente para volver a ser operado pero habiendo transcurrido más de cuatro meses el preoperatorio ha caducado».

La reclamante considera que el daño se produce por una actuación inadecuada del facultativo que llevó a cabo la intervención quirúrgica, solicitando una indemnización que asciende a la cantidad de 11.207,22 euros.

2. En el presente asunto resulta preciso tener en cuenta los siguientes antecedentes que resultan relevantes como se señala en el informe del SIP y se recoge en la Propuesta de Resolución objeto de este Dictamen:

«El objeto de la reclamación en estudio se concreta en el supuesto engaño al que se siente sometida la madre del afectado, porque entiende que a su hijo no se le extrajo el quiste que padecía y del que fue informada, además de extraerle un pequeño hueso sin que este hecho le fuera comunicado.

El SIP, en su informe de 26 de septiembre de 2016, expone la siguiente relación cronológica de los hechos:

Con fecha 24 de junio de 2013, el joven (...) acude a su Centro de Salud. El Pediatra observa masa palpable, móvil, de 0.5 cm, no dolorosa en región superior del cartílago tiroide. No aprecia adenopatías regionales. Se solicita Ecografía cervical, además de analítica general y tiroidea.

Con fecha 7 de agosto la ecografía, registrada por el Pediatra en el historial de atención primaria, arroja un resultado de imagen nodular quística de 8 por 2.8 mm sugestiva de quiste tirogloso (folio nº 196 del EA). Remite a Cirugía del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

Con fecha 17 de octubre de 2013 es visto por Cirugía en el HUC donde es valorado. A la exploración física se observa un nódulo de 1x1 cm en línea media cervical, compatible con quiste tirogloso. Se moviliza con la deglución. Se solicita RMN.

El SIP expone a modo de explicación que los quistes tiroglosos son restos del desarrollo embrionario del tiroides, situados en la línea media de la región anterior del cuello, en cualquier punto entre la base de la lengua y la glándula tiroides, aunque su origen es en el cuello. Pueden presentarse a cualquier edad.

Clásicamente se detectan cuando se hacen visibles y palpables por su progresivo crecimiento, o bien cuando se infectan, lo cual es más frecuente.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se desplazan con los movimientos de la lengua, y se confirma con ecografía del cuello. El tratamiento es quirúrgico.

La complicación más frecuente es la recidiva del quiste. Esta recidiva puede ser muy rápida en el tiempo (folio nº 78 del EA).

Con fecha 18 de noviembre de 2013 se realiza RMN con el resultado de pequeña lesión quística de 1.1cm x 0.6 cm, de paredes finas y sin signos de complicación, en línea media del

cuello. Se inicia a nivel hioideo y está localizada predominantemente en zona infrahioidea. Se emite diagnóstico más probable de quiste en conducto tirogloso, asociando remanente del conducto tirogloso, siendo muy posible que exista comunicación entre ambos, aunque sin llegar a demostrar por esta técnica de imagen que esta comunicación exista (folio nº 195 del EA).

Como plan terapéutico: Quistectomía.

La intervención se lleva a cabo con fecha 3 de noviembre de 2014.

Se envían muestras a Anatomía Patológica. Sin incidencias en postoperatorio. Buena evolución y recibe el alta el día 4 de noviembre de 2014.

Sigue controles por Cirugía y con fecha 3 de diciembre de 2014 el resultado de Anatomía Patológica es: "la primera muestra corresponde a estructuras ganglionares linfáticas con centros germinales reactivos. La segunda muestra corresponde a hueso con médula hematopoyética, tejido fibroadiposo y muscular esquelético". La herida presenta buen aspecto.

Con fecha 17 de diciembre de 2014 acude a consulta de Cirugía porque nota la misma tumoración. A la exploración no se aprecia patología y se solicita ecografía para valoración (folio nº 158 del EA).

Con fecha 15 de enero de 2015 la madre del menor solicita una segunda opinión porque refiere que tiene la misma tumoración en línea media. Por su cuenta le ha realizado Ecografía musculotendinosa el pasado 8 de enero, observando lesión quística en línea media cervical de 7.5 x 2.9 mm que impresiona de quiste tirogloso (folio nº 194 del EA).

Con estos datos clínicos y tras ser valorado por el cirujano, se habla de posible recidiva de quiste fibroso, el resto de la exploración es normal. En historia clínica se registra "se explica a la madre que es posible las recidivas de los quistes tiroglosos. Se tranquiliza a la madre". Se solicita RMN cervical preferente (folio nº 272 del EA).

El día 11 de febrero se realiza RMN cervical y se informa: "no existen cambios con respecto a la anterior RMN de noviembre de 2013, continuando visualizando el pequeño quiste del conducto tirogloso con un tamaño aproximado de 7.3 mm en línea media bajo el tejido celular subcutáneo" (folio nº193 del EA).

El día 26 de febrero de 2015 acuden a consulta de cirugía hospitalaria. Se explican las pruebas a la madre, así como la necesidad de intervención quirúrgica del quiste. Se incorpora a la lista de espera quirúrgica preferente, firma el Documento de Consentimiento Informado (DCI) y se advierte de la posibilidad de que el día de la intervención el quiste haya disminuido de tamaño y no se aprecie con claridad.

Con fecha 13 de agosto de 2015 refieren al especialista que la lesión está un poco más grande. A la exploración física se palpa tumoración en línea media de aproximadamente 0.5 cm, difícil de encontrar, tal y como anota el cirujano en historia clínica (folio nº 156 del EA).

Con fecha 29 de marzo de 2016 acuden antes de la intervención quirúrgica y plantean la necesidad de la intervención, para la cual estaban citados el día 1 de abril del mismo año.

El paciente refiere que si no es necesaria la intervención, prefiere no operarse. A la exploración física el cirujano refiere que no encuentra la lesión, "el paciente sí que lo palpa, pero yo no lo palpo con claridad". Se decide seguimiento de la lesión cada 6 meses, y la madre del paciente efectúa baja voluntaria en la lista de espera con fecha 29 de marzo de 2016 (folio nº 294 del EA).

Respecto a la intervención quirúrgica

Como ya se ha explicado anteriormente, el tratamiento de un quiste tirogloso es quirúrgico a través de quistectomía. Hay que tener en cuenta que el trayecto tirogloso atraviesa el hueso hioides, situado en la base de la lengua. Para que el tratamiento sea definitivo es preciso seccionar este hueso y quitar su segmento central. Es la llamada técnica de Sistrunk (folio nº 78 del EA).

Se realiza abordaje por cervicotomía transversa, con resección de adenopatía submental en línea media y quiste tirogloso con porción anterior del hioides, según técnica Sistrunk (folio nº 247 del EA).

En ecografía y RMN se obtuvo como resultado posible quiste tirogloso y el SIP expone en informe complementario de fecha 2 de mayo de 2017 que ante la sospecha, la actitud terapéutica aconsejada es la intervención quirúrgica (folio nº 310 del EA). La intervención por tanto, estaba indicada y se realizó según la técnica adecuada y recomendada ante la sospecha de quiste tirogloso. No se valora mala praxis.

En informe de 24 de febrero de 2016 emitido por el Dr. (...), Facultativo Especialista en Cirugía Maxilofacial del HUC, consta que la intervención se realizó sin incidencias, cerrándose la herida cervical con sutura reabsorbible para tejido subcutáneo, así como sutura no reabsorbible para la piel. Estos últimos fueron retirados en consulta externa con fecha 12 de noviembre de 2014, dejando los puntos profundos reabsorbibles como en cualquier procedimiento quirúrgico que involucre piel y tejido subcutáneo (folio nº 243 y 244 del EA).

La evolución postoperatoria es favorable, con leve induración de la cicatriz que mejora parcialmente con masaje local (folio nº 242 del EA).

El Dr. (...) expone en su informe que el protocolo de actuación se ajustó a una correcta práctica médica, ya que, ante la sospecha radiológica de quiste tirogloso, está indicado hacer una técnica de Sistrunk, y una posterior RMN para la valoración de una posible recidiva.

(...)

Respecto a la extracción de hueso.

Como ya se ha expuesto, se practicó intervención quirúrgica ante sospecha de quiste tirogloso. Se aplicó la técnica estándar de Sistrunk, extirpando la lesión quística y la parte central del hueso hioides (folio nº 243 del EA).

Se envían muestras a Anatomía Patológica, cuyo resultado es: “la primera muestra corresponde a estructuras ganglionares linfáticas con centros germinales reactivos. La segunda muestra corresponde a hueso con médula hematopoyética, tejido fibroadiposo y muscular esquelético”.

La reclamante alega que a su hijo se le extrajo un hueso del cuello sin su consentimiento. Como ya se ha anotado, lo que se extrajo fue el segmento central del hueso hioides, una vez seccionado, según describe la técnica de Sistrunk que es la aconsejada y la que se llevó a cabo.

Respecto al quiste tirogloso.

La Anatomía Patológica de la muestra extirpada definió material perteneciente a una adenopatía. El cirujano que llevó a cabo la intervención [Dr. (...)] refiere en su informe que tras este estudio parece ser que se descartó que fuera un quiste tirogloso, por lo cual no se llevó a cabo ningún otro tratamiento por no considerarse necesario salvo recidiva o molestias importantes.

El Dr. (...) establece la posibilidad de que no existiese el quiste como tal, o de que sí existiese pero hubiera disminuido de tamaño tanto que no fuera visible en el momento quirúrgico. Se plantea la posibilidad de la recidiva (que suele ser muy rápida) o un aumento del mismo. Ambas opciones son posibles.

En las pruebas complementarias que se realizaron se asumió como diagnóstico que la imagen sugería, o podía tratarse de un quiste tirogloso. Ante esta sospecha radiológica, la actuación conlleva la intervención quirúrgica mediante la técnica ya explicada.

Entre las dudas de la reclamante ante el informe complementario del SIP de fecha 2 de mayo de 2017, se encuentra la presunta contradicción entre el informe del Dr. (...) y el propio SIP, cuando expone que se sólo se extrajo una adenopatía quedando el mencionado quiste sin extraer (folio nº 408 del EA). Ante esta duda, se responde a la interesada que lo contenido en el informe del SIP no es una conclusión, ni una afirmación, sino que es la pregunta planteada (con su respuesta a continuación) con objeto de que se dé respuesta a determinadas cuestiones que este órgano instructor consideró que debían esclarecerse (folio nº 308 del EA).

Los cirujanos extrajeron la parte del hueso hioides donde está en parte enclavado el quiste tirogloso, según los datos de la cirugía aportados al expediente.



Con fecha 15 de enero de 2015 la madre del menor solicita una segunda opinión porque refiere que tiene la misma tumoración en línea media. Por su cuenta le ha realizado Ecografía musculotendinosa el pasado 8 de enero, observando lesión quística en línea media cervical de 7.5 x 2.9 mm que impresiona de quiste tirogloso.

En este momento se explica a la madre que puede tratarse de una recidiva, la cual es frecuente. Consta en historia clínica que se tranquilizó a la reclamante estableciendo una buena relación médico-paciente con objeto de intentar solucionar la patología del niño. Ante la sospecha de recidiva se solicita RMN cervical preferente para localizar el posible quiste tirogloso (folio nº 155 del EA). Se explicó a la reclamante que tras la segunda intervención podía ocurrir lo mismo que con la primera, dado el mínimo tamaño de la lesión, de aproximadamente medio centímetro.

Esta segunda RMN arroja como resultado imágenes sin cambios respecto a la RMN de noviembre de 2013, y se sigue visualizando el pequeño quiste del conducto tirogloso con un tamaño aproximado de 7,3 mm en línea media bajo el tejido celular subcutáneo.

Ante la duda de si el quiste que se objetivó en la segunda RMN era el mismo quiste y que no se hubiera extraído en la primera intervención quirúrgica, el SIP responde que los datos bibliográficos refieren la alta reincidencia de estos quistes y la rapidez con la que puede llevarse a cabo tal hecho, e igualmente se une la explicación detallada de lo efectuado en la cirugía y los datos de la anatomía patológica.

Se incluye en lista de espera preferente y se advierte de que el día de la intervención el quiste puede haber disminuido de tamaño y no se vea con claridad.

Con fecha 13 de agosto de 2015 acuden a la consulta puesto que todavía no ha sido llamado para efectuar preanestesia. Refiere que el quiste ha aumentado de tamaño, pero a la palpación se observa tumoración en línea media de aproximadamente 0,5 cm, difícil de encontrar.

Se programa intervención para el día 30 de marzo de 2016, pero el día 29 del mismo mes y año plantean la necesidad de someterse a esta intervención. Incluso el paciente refiere que si no es necesario prefiere no operarse.

A la exploración física el cirujano no palpa la lesión. El paciente sí se la nota, pero el facultativo no la palpa con claridad. Acuerdan controles cada 6 meses con seguimiento de la lesión, y con la misma fecha cursan la baja de la cirugía programada para el día siguiente (folio nº 273 del EA).

Respecto a la alegación expuesta correspondiente a que la interesada nunca había sido informada acerca de que el quiste tirogloso podía ser repetido (folio nº 409 del EA), decir que en el Consentimiento Informado suscrito por la interesada en fecha 3 de noviembre de 2014,

asume los riesgos contemplados en él, entre los que se encuentran la “recidiva (recaída) total o parcial e la deformidad” (folio nº 332 del EA)».

3. La Propuesta de Resolución en este asunto es de carácter desestimatorio, al considerar que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración. Se sostiene que la actuación sanitaria fue correctamente practicada, a lo que se une que la madre del paciente fue convenientemente informada con carácter previo a la intervención de las posibles complicaciones derivadas de la misma. Concluye por ello que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*.

A los efectos de analizar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución es preciso tener en cuenta 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 sobre reclamaciones de la responsabilidad extracontractual por el funcionamiento del servicio público de la sanidad, se ha de considerar que este servicio 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 sólo 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 que no exista un deber jurídico para aquéllos 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 ésta 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. Solo 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.

4. En el presente caso, se encuentra acreditado en el expediente a través de la historia clínica del paciente que se concretó una de sus posibles complicaciones, consistente en una recidiva de la enfermedad, recogido en el documento del consentimiento informado.

No se ha acreditado pues en el expediente, ni la reclamante aporta prueba alguna, que la intervención quirúrgica se practicara mediando negligencia o mala praxis por el cirujano que la llevó a cabo. Se ha acreditado por el contrario que se trata de una complicación posible de la técnica quirúrgica empleada, que se concretó en el paciente a pesar de que el acto médico fuera correctamente realizado.

A mayor abundamiento, en el presente caso la exploración clínica y los estudios de imagen por resonancia magnética nuclear permitieron fundamentar un diagnóstico de sospecha de la existencia de un quiste en el conducto tirogloso. La ciencia médica actualmente no tiene más medio para convertir este diagnóstico de sospecha en uno de certeza que el consistente en el estudio histológico de la tumoración, lo cual sólo es posible mediante su extracción quirúrgica. Dadas las complicaciones para la salud del paciente que comporta un quiste tirogloso, la *lex artis* impone que ante la sospecha de su presencia se proceda a su resección quirúrgica mediante la técnica de Sistrunk. La decisión de los médicos de proponer la extirpación de la tumoración fue, por consiguiente, conforme a la *lex artis ad hoc*, como lo fue también el modo en que se realizó dicha intervención.

En definitiva, en el paciente se concretó uno de los riesgos posibles de la intervención quirúrgica, a pesar de que el acto médico fuera correctamente realizado. Ante la lesión padecida, la actuación sanitaria, tanto durante la propia

intervención como en la evolución posterior, fue la adecuada para tratar de resolver la enfermedad. Por ello puede sostenerse que en el caso de la paciente se pusieron a su disposición todos los medios necesarios para solucionar el daño vascular padecido, en una actuación por tanto conforme a la *lex artis*.

5. Resta por señalar que la madre del paciente, con anterioridad a la intervención quirúrgica, firmó el documento de consentimiento informado en el que se especifica que existe el riesgo, entre otros, de la recidiva de la enfermedad.

Los arts. 4, 8 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) exigen que se informe al paciente con carácter previo a toda intervención médica a fin de obtener su consentimiento a ella, consentimiento previo que el paciente ha de prestar por escrito en los supuestos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Si los facultativos no proceden así, ello constituiría una infracción de la *lex artis*; por lo que, si se produce un daño iatrogénico, estarían obligados a responder patrimonialmente por sus consecuencias.

Las lesiones que se alegan en el presente caso son la materialización de un riesgo cuya posibilidad de concreción el paciente aceptó debidamente informado de su existencia. El consentimiento informado (arts. 8 y 10 LAP) constituye uno de los títulos jurídicos que obliga a la paciente a soportar los daños derivados de un acto médico correcto. La paciente, en cuanto asumió los beneficios que pudieran derivarse de la operación, asumió también los riesgos cuya concreción resultaba posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El consentimiento informado de la paciente hace recaer sobre ella la carga de soportar los daños que puedan producirse, bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aun alcanzando el resultado perseguido, se producen efectos perjudiciales secundarios. Por esta razón, esas lesiones no tienen el carácter de antijurídicas y, por ende, no son indemnizables según el art. 141.1 LRJAP-PAC.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación presentada se considera conforme a Derecho.