



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 5 0 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 10 de octubre de 2017.

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. 328/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 1 de septiembre de 2017, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 4 de septiembre de 2017. 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, el primer precepto, con el art. 142.3 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, 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 Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP),

* Ponente: Sr. Brito González.

aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

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 [art. 31.1.a) LRJAP-PAC], si bien en este caso actúa mediante representación, acreditada en el expediente, de (...) (art. 32 LRJAP-PAC).

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. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues la interesada interpuso aquel escrito el 8 de octubre de 2015, en relación con un daño cuya determinación se produjo el 16 de febrero de 2015, fecha en la se realizó la prueba diagnóstica que lo identificó.

III

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

«PRIMERO: Que con fecha 22 de enero de 2015, ingresa la paciente en el Hospital Universitario de Canarias (HUC), con el objeto de realizarle implante de prótesis aórtica por

aneurisma de aorta abdominal, que ha quedado en diálisis por obstrucción de arterias renales postprocedimiento, siendo atendida por el Servicio de Nefrología de dicho Hospital la cual presentaba fracaso renal agudo y anuria en el postoperatorio inmediato de cirugía de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Desde la salida del quirófano la paciente no orina a pesar de la infusión de sueros, diuréticos y manitol.

(...)

Lo que se suponía una operación de endoprótesis aórtica, debido a las complicaciones surgidas por la mala praxis, a la lesionada se le ha presentado una insuficiencia renal aguda oligúrica por obstrucción de arterias renales, teniendo que iniciar un programa de hemodiálisis (...) con el consiguiente deterioro físico y psíquico.

SEGUNDO: El consentimiento informado recoge una serie de complicaciones debido al implante aórtico, pero estamos en presencia de una mala praxis profesional, que nada tiene que ver con dicho consentimiento, pues el origen de los daños se presenta como consecuencia de haber realizado dicho implante de forma errónea, lo que ha motivado que la función renal se haya deteriorado sensiblemente.

De lo anterior se deriva que, de haberse realizado las diferentes pruebas clínicas de diagnóstico, así como del resultado de las pruebas complementarias, y el resto de las actuaciones médicas, se hubiera concluido que en la afectada no hubiera sido posible la colocación de endoprótesis aórtica sin el resultado ya conocido (...).

Se solicita indemnización que se cuantifica durante el procedimiento en el abono de la cantidad de 750 € mensuales durante diez años de vida (cálculo estimado de esperanza de vida de la reclamante).

IV

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obstan a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado ampliamente el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 RPAPRP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 42.1 y 7, 43 y 141.3 LRJAP-PAC).

Constan en este procedimiento, entre otras, las siguientes actuaciones:

- El 15 de octubre de 2015 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación; lo que se cumplimenta el 26 de octubre de 2015.

Posteriormente, el 30 de octubre de 2015, se subsanan otras deficiencias, viniendo a solicitarse aquí práctica de prueba testifical y pericial.

- Por Resolución de 10 de noviembre de 2015, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada.

- El 11 de noviembre de 2015 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), viniendo a emitirlo, tras recabar la documentación oportuna, el 27 de julio de 2016.

- El 15 de marzo de 2016 la parte interesada aporta nueva documentación médica al expediente, que se remite al SIP el 28 de marzo de 2016.

- El 3 de marzo de 2017 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas documentales y pericial propuestas, así como las testificales respecto a tres de los testigos, rechazando las demás, unas, por ser los médicos cuya testifical se rechaza innecesaria al ser de igual especialidad que los testigos admitidos (nefrología y cirugía vascular), y, respecto de las testificales de las hijas de la reclamante, se rechazan por su innecesariedad al poder integrarse su parecer en alegaciones en el expediente sin la formalidad de la prueba testifical.

- El 18 de abril de 2017 se aporta por la interesada pliego de preguntas a realizar, si bien, tras instarse el 19 de abril de 2017 a concretar pliego para cada especialista, el 8 de mayo de 2017 se presentan nuevos pliegos de preguntas a realizar a cada especialista que declarará.

- El 1 de junio de 2017 se confiere a la interesada trámite de audiencia, presentándose escrito de alegaciones el 28 de junio de 2017 en las que se insiste en la reclamación inicial.

- El 7 de julio de 2017 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la reclamante, y en el mismo sentido consta borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, sin fecha, que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 17 de julio de 2017, dictándose el 18 de agosto de 2017 Propuesta de Resolución definitiva.

- Previamente, y afectos de la preceptividad o no del dictamen de este Consejo Consultivo, el 7 de julio de 2017 se instó a la interesada a cuantificar su reclamación, haciéndolo mediante escrito presentado el 13 de julio de 2017, por remisión al informe pericial ya aportado.

V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, de los que se infieren tres conclusiones que corroboran la adecuación de la *lex artis* en el funcionamiento del servicio durante la asistencia dispensada al reclamante: 1) la intervención quirúrgica estaba debidamente indicada; 2) fue correctamente realizada; 3) la complicación sufrida estaba contemplada en el documento de consentimiento informado (DCI).

Así, la Propuesta de Resolución centra sus argumentaciones en aquellos aspectos, pues, la reclamación se funda en que «El consentimiento informado recoge una serie de complicaciones debido al implante aórtico, pero estamos en presencia de una mala praxis profesional, que nada tiene que ver con dicho consentimiento, pues el origen de los daños se presenta como consecuencia de haber realizado dicho implante de forma errónea, lo que ha motivado que la función renal se haya deteriorado sensiblemente. De lo anterior se deriva que, de haberse realizado las diferentes pruebas clínicas de diagnóstico, así como del resultado de las pruebas complementarias, y el resto de las actuaciones médicas, se hubiera concluido que en la afectada no hubiera sido posible la colocación de endoprótesis aórtica sin el resultado ya conocido».

No obstante, si en este escrito inicial no se discute por la reclamante que la complicación sufrida se contuviera en el consentimiento informado, posteriormente cambia su argumentación en el trámite de audiencia conferido donde indica que «lejos de entender que en el consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica ya recogía esta complicación, que excepcionalmente se pueden producir complicaciones importantes, como infección y/o obstrucción no deseada de algún vaso, (...), lo cierto es que dicha complicación ni era previsible ni fue como resultado de la operación quirúrgica deseada y producida. Es de esperar que, si al paciente le informan que, debido a la intervención de la misma podría quedar inmersa en un programa terapéutico de por vida, de diálisis, por una mala praxis realizada en la intervención de ella misma, no habría dado este consentimiento».

Por tanto, se han de analizar, como así hace la Propuesta de Resolución, dos cuestiones: en primer lugar, si ha existido infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada y, en segundo lugar, si ha existido error en el consentimiento informado firmado por la paciente donde constan los siguientes riesgos:

Desprendimiento de fragmentos hacia vasos más pequeños, trombosis de la zona en cuestión, efectos secundarios adversos (de diferentes tipos) al contraste iodado administrado, obstrucción no deseada de algún vaso, con riesgo de pérdida de los tejidos que irriga el vaso (folio nº 214 del EA).

2. En relación con el primer aspecto de la reclamación, la necesidad y adecuación a la *lex artis* de la intervención quirúrgica de aneurisma con técnica endovascular, a la que fue sometida la reclamante el 22 de enero de 2015.

2.1. En cuanto a la correcta indicación de la intervención quirúrgica, se señala el informe el SIP que, dentro de los factores que favorecen el desarrollo de un aneurisma están: hipertensión arterial (presente en el 40-50% de los casos); hábito tabáquico; EPOC; edad avanzada; enfermedad arterioesclerótica; antecedentes familiares de aneurisma de aorta abdominal.

Pues bien, constatado que la paciente presentaba antecedentes personales de hipertensión arterial, fumadora, EPOC, artritis reumatoide, artrosis generalizada, hipotiroidismo, obesidad con trastorno del metabolismo de los lípidos con hipercolesterolemia e hipetrigliceridemia, entre otros con menor interés para el caso, se concluye que presentaba los cuatro factores de riesgo para padecer un aneurisma.

Respecto de las complicaciones de los aneurismas, explica el informe del SIP que la más frecuente es la ruptura, lo que está en relación directa con su tamaño, siendo elevada cuando el diámetro supera los 60 mm, así, si el aneurisma presentase un crecimiento igual o mayor de 50 mm en 6 meses, tendría mayor riesgo de ruptura, con las complicaciones derivadas de ella. La ruptura del aneurisma se asocia con una elevada mortalidad. En cambio, con cirugía electiva la mortalidad es inferior al 5%.

Dado el elevado riesgo de la paciente de padecer un aneurisma de aorta y el alto índice de mortalidad de tal patología, se actúa por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular en orden a determinar la existencia, tamaño y crecimiento y estado del aneurisma de la paciente.

Así pues, en el caso de (...), en la primera valoración de 27 de agosto de 2014 el aneurisma medía 45 mm, tamaño ya considerable para su seguimiento y control. Por ese motivo se realiza TAC en diciembre del mismo año, sólo cuatro meses después de haber sido diagnosticado, en el que se observó que había aumentado de tamaño hasta alcanzar los 55 mm.

Debido al diámetro alcanzado, la edad de la paciente, posibilidad de rotura por crecimiento rápido y anatomía supuestamente favorable, el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular decide que la paciente se encuentra dentro del rango de indicación de la técnica quirúrgica endovascular para exclusión de aneurisma aórtico mediante la colocación de endoprótesis.

Así pues, tal y como concluye el informe del SIP, en este caso, era posible la cirugía electiva del aneurisma por haber superado los 50 mm de diámetro y no estar roto. Por ello se decidió operar en cirugía electiva, con técnica endovascular, anclando una endoprótesis.

Las pruebas realizadas antes de la intervención quirúrgica (que indicaban que el aneurisma aórtico todavía no sufría fisuración ni rotura, siendo la posibilidad de mortalidad muy baja) eran las adecuadas y de ellas derivó la indicación de la intervención realizada como la opción más conveniente pues si se deja evolucionar el aneurisma se eleva el riesgo de mortalidad.

2.2. Por lo que respecta a la correcta realización de la cirugía, el informe del SIP fundamenta adecuadamente la corrección de la prueba en el caso concreto que nos ocupa.

En este sentido, el informe del Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del HUC, emitido el 3 de marzo de 2016, viene a concluir que ninguna las complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica se deben a una mala praxis, habiéndose colocado de forma correcta la endoprótesis y quedando permeables los ostium de las arterias renales en el momento de la cirugía, tal y como quedó demostrado con el TAC realizado el 29 de enero de 2015. Pudo tener el fallo renal de origen multifactorial, como complicación de una estenosis previa de las arterias renales, movilización del material trombótico existente en el aneurisma o en la aorta yuxtarenal o secundario al contraste administrado, situación no previsible pero sí descrito en los porcentajes que recoge la literatura médica.

Efectivamente, tal y como se informa por el especialista y se señala también en el informe del SIP, en primer lugar, con carácter previo a la implantación se realizó arteriografía, en la que se visualizaron ambas arterias renales, la derecha más craneal a la izquierda, pero con menor flujo tanto en el tronco de la arteria como en el parénquima, a pesar de realizarse la inyección de contraste exactamente en el origen de esta arteria.

Durante la intervención no se produjo ninguna incidencia, tal como se recoge en la hoja quirúrgica (folio nº 282 del EA), colocándose una endoprótesis Endurant II para la exclusión del aneurisma, con medidas acordes a la anatomía de la paciente, habiendo sido el proceso de implantación de la prótesis el habitual.

La arteriografía de control posterior al implante demuestra permeabilidad de ambas arterias renales en su origen pero sin captación de contraste en parénquima, pudiendo quizá relacionarse la disminución de captación, bien por nefrotoxicidad del contraste utilizado, bien por movilización del trombo de la pared aórtica durante la introducción de guías o el mismo dispositivo por causas mecánicas intrínsecas.

El seguimiento realizado a la paciente en las horas y días inmediatos mediante analíticas y pruebas de imagen, demuestran que las arterias renales estaban permeables los primeros días, según TAC de 22/01/15 y 29/01/15. Por ese motivo se sospecha de infarto renal tras visualizar el TAC de 23 de enero de 2015.

La función renal estudiada mediante Gammagrafía renal con fecha 29/01/15 no demuestra áreas hipoactivas en relación con infarto. Función renal derecha de un 57% e izquierda de un 43%, siendo la normalidad valores mayores a 44% (folio nº 770 del EA). El mismo estudio de fecha 13 de febrero de 2015 demuestra ligero empeoramiento de la función renal izquierda (30%) y una mejoría significativa de la derecha (70%) a pesar de que la paciente seguía con insuficiencia renal.

En TAC de 29 de enero se describe la presencia de contraste en saco aneurismático, relacionado probablemente con parafuga tipo II. El SIP aclara en este punto que existen cinco tipos de parafugas en el anclaje del dispositivo endoprotésico para la exclusión del saco aneurismático siendo la de tipo II la más benigna y usual. La mayoría de este tipo de pequeñas fugas que resultan tras el anclaje de un dispositivo endoprotésico sólo requiere de una actitud expectante y seguimiento mediante TAC cada tres meses. Esto probaría que la endoprótesis fue correctamente elegida, proporcionada a la anatomía de la paciente y correctamente anclada. De hecho, en todas las pruebas de imagen practicadas, el dispositivo endoprotésico seguía en su lugar de anclaje.

También describe la literatura médica consultada la posibilidad de un fallo renal secundario a la cirugía de aorta abdominal, siendo de un 3-6% en la cirugía abierta y de un 1,2% en la cirugía endovascular.

Por otra parte, como se señala en el informe del SIP, el informe pericial aportado por la reclamante tras la evacuación del trámite de audiencia, se limita a exponer los

hechos ocurridos en el caso que se valora, de igual manera que constan en documentación clínica, considerando el citado informe, en relación con la insuficiencia renal aguda, como una complicación quirúrgica que produce una alteración en el metabolismo y función de varios órganos que deriva en una afectación importante en su calidad de vida.

Concluye tal informe pericial exponiendo que una prótesis colocada a nivel de la luz o parte interna de la aorta, puede ocluir en forma parcial o total, temporal o con carácter definitivo la emergencia de las arterias renales, impidiendo el flujo de sangre hacia los riñones (folio nº 899 y ss. del EA).

Sin embargo, se refuta por el informe del SIP que ello concurriera en el caso que nos ocupa, pues ha quedado acreditado que tras la intervención quirúrgica se realizó una arteriografía de control con resultado de permeabilidad de ambas arterias renales en su origen, es decir, en el punto en el que emergen las arterias renales desde la arteria aorta. Si la prótesis estuviera colocada de tal forma que ocluyera la luz de las arterias renales, éstas no serían permeables. Además, en las pruebas de imagen realizadas con posterioridad, se visualizó la correcta colocación de la endoprótesis. Por tanto, la única causa propuesta en informe pericial queda desacreditada a la luz de la historia clínica fácilmente demostrable.

Todo ello lleva a concluir que la intervención quirúrgica, correctamente indicada y consentida por la paciente, con sus riesgos inherentes, fue correctamente realizada, a pesar de lo que se produjo uno de los riesgos de la intervención, concretado en la reclamante en las dolencias por las que ahora reclama.

Tal es así que, analizado *ex post* el proceso asistencia, el informe del SIP concluye que, «de poder retroceder en el tiempo, ante el mismo cuadro clínico, edad de la paciente y diámetro del aneurisma aórtico, y aun conociendo la posibilidad de ateromatosis arterial por hipercolesterolemia/hipertrigliceridemia en las arterias renales, de la posibilidad de reacción trombopénica de contraste iodado o contraste por trombos, y en consecuencia posibilidad de fallo renal, el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar (luego de consultar e informar al paciente o familiares), siempre intentaría la cirugía, optando por idéntico procedimiento quirúrgico endovascular, toda vez que el porcentaje de mortalidad por este procedimiento sería muy bajo (en torno al 5%)».

3. Sobre el defecto en la información dada a la reclamante en el documento de consentimiento informado que ésta suscribió, podemos concluir que no ha habido déficit en la información de los riesgos que la operación conllevaba pues, como señala la Propuesta de Resolución, el DCI contemplaba entre los como riesgos inherentes a la operación «desprendimientos de fragmentos hacia vasos más pequeños, trombosis de la zona en cuestión, efectos secundarios adversos (de diferentes tipos) al contraste iodado administrado, obstrucción no deseada de algún vaso, con riesgo de pérdida de los tejidos que irriga el vaso», lo que habrían justificado una correcta información al paciente pues, en opinión del SIP no rebatida por la pericial aportada por la reclamante, «de surgir estos riesgos advertidos en el DCI, cabría como consecuencia la posibilidad de pérdida de los tejidos irrigados por las arterias renales afectadas (los riñones) y en consecuencia podría ocurrir el fallo renal agudo, como queda constatado que sucedió».

4. Por todo lo anteriormente expuesto, podemos concluir que la Propuesta de Resolución es conforme a Derecho al desestimar la reclamación interpuesta, procediendo en este punto reiterar nuestra doctrina, siguiendo la jurisprudencia al efecto, señalando, como se dijera en anteriores ocasiones:

«(...) SÉPTIMO.- El consentimiento exigido por la jurisprudencia (por todas STS 23 octubre de 2007) consiste en informar al paciente del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento cabe normalmente esperar, y de los riesgos que el mismo, especialmente si este es quirúrgico, puedan derivarse. En el supuesto que nos ocupa se observó tal exigencia, tal como se desprende del documento firmado, donde se informa entre otros riesgos del que finalmente se le produjo y que por consiguiente ha de ser asumido por el reclamante.

OCTAVO.- Respecto de los daños iatrogénicos de un tratamiento médico o derivados de la plasmación de sus riesgos conocidos; señala el Consejo Consultivo en su Dictamen 410/2015 que “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 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.

De la documentación Clínica resulta que no hay prueba ni indicio alguno de que los facultativos que le realizaron al paciente la CPRE, hayan incurrido en negligencia profesional. La hemorragia y posterior intervención fueron la materialización de un riesgo iatrogénico cuya posibilidad de concreción el reclamante aceptó debidamente informado de su existencia, ya que frente al porcentaje mínimo de riesgo que presentaba, las ventajas eran mayores que los perjuicios que hubiera ocasionado la no intervención de su patología.

El estado actual de los conocimientos no permite garantizar al cien por cien que en la práctica de una se colangiopancreatografía retrógrada endoscópica no se produzcan los riesgos descritos. El art. 141.1 de la LRJAP y PAC establece que no son indemnizables los daños que no se pueden evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia en el momento de producirse aquéllos.

El consentimiento informado (arts. 8 y 10 de la citada Ley 41/1002) constituye uno de los títulos jurídicos, que obliga al paciente a soportar los daños derivados de un acto médico correcto. El paciente, en cuanto asumió también las consecuencias dañosas de la probable realización del riesgo que comportaba. El consentimiento informado del paciente hace recaer sobre él la carga de soportar los daños que puedan producirse bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aún alcanzado el resultado perseguido, se producen efectos perjudiciales secundarios. Por esta razón, la lesión por la que se reclama no tiene el carácter de antijurídica y, por ende, no es indemnizable según el art. 141.1 LRJAP y PAC.

En consecuencia, no hay prueba médica de que la hemorragia y posterior intervención hayan sido causada por la actuación incorrecta de los facultativos que le realizaron al paciente la CPRE, fueron la concreción de un riesgo iatrogénico del que fue informado previamente el paciente y que éste asumió al prestar su consentimiento a esa intervención, la cual, por lo demás, logró el éxito terapéutico pues lo sanó de la patología que presentaba. Las complicaciones fueron tratadas inmediata y exitosamente y no le ha dejado ninguna secuela al reclamante.

Ha quedado por consiguiente desvirtuada la reclamación formulada».

CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la solicitud de la interesada.