



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 0 3 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 29 de junio de 2018.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 258/2018 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, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 23 de enero de 2017 a instancia de (...), solicitando una indemnización por los daños morales producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dependencias del SCS.

2. El reclamante solicita por los daños sufridos una indemnización de 12.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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 con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (art. 21.2 LPACAP), sin embargo aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver de este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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.

No obstante, el órgano competente para instruir y proponer la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial que se deriven de su ámbito de actuación es la Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de la Salud, conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del Servicio Canario de la Salud.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El interesado basa su pretensión en los siguientes hechos:

- A mediados del año 2014 acude a su médico de cabecera refiriendo fuertes dolores desde ambos antebrazos hasta las cervicales. Fue derivado al servicio de Traumatología del CAE de La Laguna. Se diagnostica de Síndrome del Túnel Carpiano y se deriva al Hospital Universitario de Canarias (HUC).

- Se realizan las pruebas pertinentes y se determina que tiene que someterse a una intervención quirúrgica de liberación del túnel carpiano del brazo izquierdo. Esta intervención se lleva a cabo el 25 de agosto de 2016 en el hospital San Juan de Dios (HSJD).

- Tras la intervención no desaparecieron los dolores en antebrazos, surgiendo otro dolor en la zona operada. Este nuevo dolor nunca ha remitido.

- Con fecha 28 de octubre de 2016 debe someterse a sesiones de rehabilitación en la zona intervenida durante ocho semanas para tratar de eliminar el dolor, no consiguiendo mejoría.

- Con fecha 27 de marzo de 2017 se interviene de nuevo el brazo izquierdo en el Hospital San Juan de Dios

- Con fecha 30 de marzo de 2017 se emite informe del Facultativo del CS en el que se indican los resultados insatisfactorios de las dos intervenciones quirúrgicas.

El reclamante entiende que se ha producido una negligencia médica, tanto en el diagnóstico emitido, como en el tratamiento quirúrgico efectuado y en la curación de sus dolencias, presentando limitación de movimientos que le imposibilitan llevar una vida normal.

2. De la documentación médica obrante en el expediente, constituida por el historial del paciente y por los informes emitidos por los facultativos que participaron en la atención sanitaria prestada, para el SIP resultan los siguientes hechos:

- El 13 de enero de 2014 el interesado, de 52 años, es remitido por su médico de atención primaria al Servicio de Traumatología del CAE a causa de dolor en rodilla izquierda y dolor en hombro y brazo izquierdo, ocasional y de características mecánicas.

Asimismo, en junio de 2014 se realiza Electromiograma bilateral en ambas manos, tras la sospecha de Síndrome del Túnel Carpiano bilateral, el resultado del mismo es «atrapamiento bilateral del nervio mediano a nivel del carpo de intensidad moderada en ambos lados», por lo cual sí existe un Síndrome del Túnel Carpiano. El nervio mediano proporciona sensibilidad y movimiento a la «región palmar» de la mano (palma de la mano, dedo pulgar, dedo índice, dedo medio y lado palmar del dedo anular. El área en la muñeca por donde el nervio ingresa en la mano se llama túnel carpiano).

Tras ello se le solicita Telerradiografía y tratamiento médico.

Mientras tanto el paciente es intervenido por lesión en la espalda por el Servicio de Neurocirugía, posteriormente se forma una cicatriz hipertrófica con el resultado de queloide en la zona.

A su vez, derivan a la Unidad de Psiquiatría por trastorno adaptativo, la USM solicita deriven el paciente al Servicio de Urología por disfunción eréctil de probable origen psicógeno y se realiza seguimiento por psicólogo.

En septiembre de 2015 el médico de cabecera escribe en historia clínica que está incluido en lista de espera para cirugía del STC izquierdo.

- El paciente es derivado para Cirugía del SDr. del Túnel Carpiano (STC) y proceder a la liberación del nervio mediano en muñeca izquierda.

Derivan al Hospital San Juan de Dios donde acude por primera vez el día 11 de abril de 2016, pero «el paciente solicita que el tratamiento sea aplazado por motivos laborales».

El 19 de julio de 2016 vuelve a ser remitido al Hospital San Juan de Dios para el mismo procedimiento quirúrgico, previamente se valora en consulta del Traumatólogo el día 28 de julio de 2016 y firma de consentimiento informado dicho día.

La clínica que presentaba el paciente era de adormecimiento en la mano izquierda en el territorio del nervio mediano, destacándose en la exploración los signos de Tinel claramente positivo, esta prueba pretende, mediante la percusión suave del nervio mediano, en la muñeca en la zona que comprende su entrada al túnel carpiano, reproducir las parestesias anatomopatológicas del STC.

A su vez es claramente positivo el signo de Pfallen, este pretende reproducir las parestesias características del STC mediante la flexión aguda pasiva de la muñeca. Por tanto se confirma el diagnóstico previo.

Tras ello se realizan las pruebas de anestesia el 2 de agosto de 2016, y la cirugía se efectúa el 25 de agosto de 2016, procediéndose a la «liberación quirúrgica del nervio mediano a nivel del túnel del carpo de mano izquierda». Tras la intervención, evolución favorable y alta hospitalaria.

El 30 de agosto de 2016 primera cita postcirugía donde se constata buena evolución, sin dolor, según informes clínicos. El Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital San Juan de Dios informa que a la semana del día 30 de agosto se pauta nueva visita para retirada de los puntos de sutura, en dicha visita se observa la herida en buen estado, no inflamación ni adormecimiento, buena movilidad, no refiere dolor «se cita dentro de un mes para control, según protocolo habitual del Servicio».

Desde la cirugía, y según los datos de la historia clínica relatados en las visitas efectuadas sucesivamente al traumatólogo, y hasta el día 14 de diciembre de 2016, no existe adormecimiento de la mano izquierda, hay buena movilidad y el dolor y la induración se localiza en la zona de la cicatriz.

En octubre de 2016 sospecha de rizartrrosis del pulgar de mano izquierda. En atención primaria por el médico se diagnostica tras radiografía del mismo.

Es al mes siguiente en octubre de 2016 en consulta del Servicio de Traumatología cuando se observa una cicatriz indurada y dolorosa en la zona hipotenar, en la zona operada.

Se pauta rehabilitación dos meses, luego se infiltra la zona de la cicatriz con anestésico y antiinflamatorio. Ecografía posterior.

En la Ecografía efectuada el 1 de febrero de 2017 existe discreta compresión del nervio mediano, en la zona de cicatriz con induración al constatarse aumento fibroso de la misma, se indica desbridamiento quirúrgico de la zona afecta, éste se realiza el 27 de marzo de 2017, reintervención con liberación de cicatriz con colgajo tenar de grasa subcutánea liberando el nervio mediano, alta hospitalaria el día 28 de marzo.

Desde dicha fecha a mayo de 2017 se observa no tumefacción, no dolor, desaparición de la disestesia en la zona hipotenar en las distintas y sucesivas visitas hasta el 16 de mayo de 2015 en esta visita médica al traumatólogo del Hospital de San Juan de Dios se constata no existe dolor ni molestias por lo que se procede al alta del proceso.

Acude a su médico de cabecera el día 22 de mayo: «el paciente escribe el médico de A.P. está muy suspicaz con su proceso, refiere que sigue con dolor compatible con su rizartrrosis», también manifiesta parestesias en mano izquierda, a su vez refiere debilidad y pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo (MSI).

Pero el 24 de mayo de 2014 tiene cita con la Traumatóloga del HUC, quien tras observar al paciente valora dolor en la mano izquierda, dicha mano está sudorosa, con signos de hormigueos y disestesias, la doctora decide solicitar Gammagrafía ósea para descartar SDr. de Sudeck (el síndrome de dolor regional complejo es un trastorno de dolor crónico. Provoca dolor intenso, por lo general en los brazos, las manos, las piernas y los pies. Puede ocurrir después de una lesión en un nervio o en el tejido de un área afectada, la etiología puede ser traumática, y otros, con un 25% de causa desconocida, se sabe que no hay relación causa-efecto, pequeñas lesiones

pueden dar gran sintomatología, la causa exacta se desconoce, se relaciona con daño en nervios por distintas razones) .

El 31 de mayo de 2017 el médico de cabecera escribe los tres diagnósticos siguientes: rizartrrosis del pulgar, sDr. del túnel carpiano y reacción de adaptación secundaria. La Gammagrafía ósea es realizada el 24/07/2017, los hallazgos encontrados son: 1. que no se visualizan signos gammagráficos de SDr. de Sudeck (también llamada Distrofia Simpática Refleja) y 2. artritis/artrosis con signos inflamatorios agudos en ambas manos.

El 15 de enero de 2018, el paciente en consulta Médico de Atención Primaria, aporta RMN realizada en (...), diagnóstico de discopatía cervical crónica C5-C6 y C6-C7 con signos artrosis y signos de uncartrosis bilateral, desde la Unidad de Dolor hospitalaria lo siguen y dan cita para infiltración del cuello.

Con base en dichos hechos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

El sDr. del nervio mediano se produce como resultado de la presión del nervio mediano bajo la aponeurosis flexora. Asimismo el edema o la tenosinovitis de los tendones flexores pueden provocar un mayor volumen en el túnel carpiano desencadenando los síntomas que le caracterizan, dolor y parestesias en la mano.

La compresión prolongada del nervio mediano conduce a una pérdida sensorial permanente, déficit motor y atrofia de la musculatura. La incidencia de este síndrome aumenta con la edad, a partir de los 45 años, la edad es un factor de riesgo en su aparición.

La evaluación implica el examen físico del paciente y las pruebas electrofisiológicas que son necesarias para detectar las lesiones por compresión causadas por el atrapamiento nervioso. El tratamiento es quirúrgico, se realiza liberación del nervio mediano atrapado.

El SIP llega a las siguientes conclusiones:

1. En 2014 existía según EMI (Electromiograma) atrapamiento del nervio mediano a nivel del carpo, siendo este bilateral, en ambas muñecas. Se demuestra por tanto, en el Electromiograma previo a la cirugía del carpo efectuada. Así pues no hay diagnóstico erróneo como afirma el reclamante, porque además hay signos clínicos de afectación del túnel carpiano, presentes en la exploración previa a la cirugía del mismo.

2. Estudiando la clínica referida por el reclamante existe otro proceso de dolor en cervicales y en brazos cuyo origen es cervical, son dos procesos sufridos de distinta localización, uno origen en zona cervical y otro a nivel del carpo y manos.

La patología cervical demostrada por la clínica existente, es corroborada por las pruebas radiológicas, la RMN realizada en enero de 2018, con diagnóstico de discopatía cervical crónica, esta sería el origen de las manifestaciones clínicas a nivel local cervical, hombro y extremidades superiores.

La segunda patología demostrada a su vez por las pruebas físicas es a nivel de muñecas y manos, una con atrapamiento del nervio mediano a nivel carpo y otra de rizartrosis del pulgar, con artrosis/artritis en la mano izquierda.

La patología psicológica que reclama el paciente se observa en su historia clínica que ya padecía previamente a la cirugía del carpo, que es efectuada con posterioridad a dicha clínica preexistente.

3. El paciente se queja de la intervención realizada y sus efectos, pero es sabedor de haber firmado consentimiento informado el 28 de julio de 2016 (e igualmente firma la reintervención el 14 de febrero de 2017), para la cirugía del carpo izquierdo, donde existen detalladas las posibilidades de lesiones nerviosas, tanto temporales como definitivas, afectación de la cicatriz quirúrgica, reaparición de la sintomatología con el tiempo, etc.

En el mismo consentimiento se informa de la zona a operar y la clínica afectada por la patología definida y en las pruebas clínicas efectuadas previamente por el Servicio de Traumatología se confirmó igualmente la clínica de dolor y parestesias en la muñeca y mano intervenida, como ya se describió.

4. De la historia clínica del paciente se conoce la existencia de cicatriz patológica en espalda tras eliminación quirúrgica de lesión de la misma. Los queloides son lesiones de la piel formadas por crecimientos exagerados del tejido cicatricial en el sitio de una lesión cutánea que puede ser producida por incisiones quirúrgicas, heridas traumáticas, sitios de vacunación, quemaduras, varicela, acné, radiación, piercings o incluso pequeñas lesiones o raspaduras, en muchas ocasiones por susceptibilidad del paciente a padecerlas. Igualmente, este proceso en la cicatriz está descrito en el consentimiento informado firmado.

5. La secuencia de diagnóstico, tratamiento quirúrgico y rehabilitación posterior están contemplados dentro del tratamiento de esta patología, y todo ello se realiza.

Se tiene en cuenta que las operaciones asociadas al SDr. del Túnel Carpiano son más frecuentes en personas en la segunda mitad de su vida adulta y que ya acumulan un deterioro natural en la zona afectada.

Al leer la historia clínica del paciente se observa que este pasa un tiempo tras la primera cirugía efectuada en agosto de 2016 (y hasta el 14 de diciembre de 2016) sin molestias dolorosas ni parestesias (adormecimiento de la mano) y con buena movilidad y que el dolor y la induración está localizado en la zona de la cicatriz, por tanto es el desarrollo anormal de la cicatriz lo que provoca la clínica, ello se contempla en el consentimiento informado. Se pauta rehabilitación y posteriormente infiltración de la zona de la cicatriz indurada.

El 1 de febrero la Ecografía demuestra una discreta compresión del nervio mediano en la zona de la cicatriz, que está indurada con aumento fibroso de la misma.

A partir de ello es cuando se indica una segunda intervención para desbridamiento de la cicatriz y liberación del nervio mediano el 27 de marzo de 2017. Según los informes de los especialistas se necesita un tiempo para la mejoría pero contemplan la mejoría de la clínica preexistente.

El día 16 de mayo el Traumatólogo informa de la existencia de «herida en buen estado, desaparición de la disestesia en la zona hipotenar, no tumefacción no dolor» y dan el alta del proceso en el Hospital San Juan de Dios

Porque además se contempla a partir de mayo de 2017 clínica debida a rizartrosis del pulgar y síntomas artrósicos en mano izquierda los cuales a partir de la Gammagrafía efectuada en julio de 2017 se demuestra la presencia de rizartrosis del pulgar ya diagnosticado previamente por radiografía, y artrosis y artritis en la mano izquierda (patologías que no tienen que ver con la cirugías realizadas) con signos de afectación aguda, ocasionan síntomas clínicos.

Igualmente se descarta el SDr. de Sudeck.

En consulta de Atención Primaria el paciente aporta resultado de la RMN efectuada en (...), donde se diagnostica discopatía cervical crónica C5-C6 y C6-C7, se remite a la unidad de dolor, solicitan infiltración de la zona. Esta patología es la causante de la sintomatología cervical y en brazo izquierdo.

El SIP finaliza manifestando que, tras el estudio de los datos aportados en la historia clínica e informes de los especialistas traumatológicos, no se observa mala praxis en la atención prestada al reclamante.

3. Conferido el preceptivo trámite de Audiencia, el interesado reitera su pretensión resarcitoria por los daños sufridos.

4. La Propuesta de Resolución, con base en los distintos informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación presentada por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, en concreto, al entender que no existe relación causal entre estos daños reclamados y la asistencia sanitaria correspondiente al tratamiento del Síndrome del Túnel Carpiano.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en que se ha producido una negligencia médica, tanto en el diagnóstico emitido, como en el tratamiento quirúrgico efectuado y en la curación de sus dolencias, presentando limitación de movimientos que le imposibilitan llevar una vida normal.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la prueba de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la

asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. El reclamante no aporta informes médicos ni otras pruebas que corroboren su pretensión. Antes al contrario, de la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende que en 2014 existía, según Electromiograma, atrapamiento del nervio mediano a nivel del carpo, siendo este bilateral, en ambas muñecas. Se demuestra, por tanto, en dicha prueba previa a la cirugía del carpo efectuada que no hay diagnóstico erróneo como afirma el reclamante, porque además hay signos clínicos de afectación del túnel carpiano, presentes en la exploración previa a la cirugía del mismo.

El SIP explica en su informe que el STC, que produce presión del nervio mediano, puede provocar un mayor volumen en el túnel carpiano desencadenando los síntomas característicos, que son dolor y parestesias en la mano. La compresión prolongada del nervio mediano conduce a una pérdida sensorial permanente, déficit motor y atrofia de la musculatura y que el tratamiento es quirúrgico, mediante liberación del nervio atrapado. Por tanto, tampoco hay error en el tratamiento.

3. Con fecha 19 de julio de 2016 es (nuevamente) remitido al HSJD para el mismo procedimiento quirúrgico. El 28 del mismo mes se valora en consulta de Traumatología y firma el Documento de Consentimiento Informado (DCI)

Informa el jefe de Servicio de Traumatología del HSJD que la intervención quirúrgica efectuada con fecha 25 de agosto de 2016 consistió en liberación quirúrgica del nervio mediano de la mano izquierda y que no se recoge ninguna incidencia. Posteriormente y a pesar de que la evolución era favorable, sin molestias dolorosas ni parestesias, presentó dolor e induración localizados en la zona de la cicatriz.

El SIP informa que los queloides pueden ser producidos por incisiones quirúrgicas, heridas traumáticas, puntos de vacunación, quemaduras, varicela, acné, radiación o pequeñas lesiones o raspaduras, en muchas ocasiones por susceptibilidad del paciente a padecerlas.

De la historia clínica del paciente se conoce la existencia de cicatriz patológica en espalda tras eliminación quirúrgica de la misma (folio nº 153 del EA).

Tras la primera intervención, el paciente pasa un tiempo sin molestias, y con buena evolución. La induración y el dolor se localizan en la zona de la cicatriz, por tanto, es el desarrollo anormal de la cicatriz lo que provoca la clínica.

A pesar de la Rehabilitación y posterior infiltración en la zona, existe una discreta compresión del nervio mediano en la zona de la cicatriz, indurada y con aumento fibroso de la misma, motivo por el cual se planifica una segunda intervención para desbridamiento de la cicatriz y liberación del nervio mediano.

Según los informes, se necesita un tiempo para la mejoría, pero en ese momento ya se contempla la mejoría de la clínica preexistente. Con fecha 16 de mayo de 2017 se informa acerca de la herida en buen estado, desaparición de la distesia en la zona hipotenar, no tumefacción ni dolor. Dan de alta del proceso en el HSJD.

El SIP concluye con que no se observa mala praxis en la atención prestada al reclamante.

En efecto, es constante jurisprudencia (SS. 3 de octubre de 2000, 21 de diciembre de 2001, 10 de mayo de 2005 y 16 de mayo de 2005, entre otras muchas) que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible.

La adopción de los medios al alcance del servicio, en cuanto supone la acomodación de la prestación sanitaria al estado del saber en cada momento y su aplicación al caso concreto atendiendo a las circunstancias del mismo, trasladan el deber de soportar el riesgo al afectado y determinan que el resultado dañoso que pueda producirse no sea antijurídico.

En definitiva y como nos indica la STS de 16 de enero de 2012: «(...) en el ámbito sanitario, se evidencia constituye una obligación de medios. Y, así a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que una actuación correcta y a tiempo conforme a las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Como expresa la Sentencia de esta Sala y Sección de 25 de mayo de 2010, recurso casación 3021/2008, han de ponerse “los medios precisos para la mejor atención”».

En el presente caso, al reclamante se le han proporcionado todos los medios disponibles para tratar su patología, prestándosele la mejor atención, por lo que la asistencia sanitaria, como afirma el Informe del SIP, se ha realizado de acuerdo a la *lex artis ad hoc*.

4. Por último, como hemos manifestado en múltiples ocasiones (ver por todos el Dictamen 271/2018, de 15 de junio) es preciso tener en cuenta en este sentido que la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición de los pacientes los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también que aquéllos reciban cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida a la paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

A este respecto, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de carácter básico, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, enuncia en su art. 2, entre sus principios básicos, la exigencia, con carácter general, del previo y preceptivo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, que debe obtenerse después del que el paciente reciba una información adecuada y que se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley (apartado 2). Asimismo, queda recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (apartado 3 del mismo precepto), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la Ley (apartado 4). El art. 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el art. 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el art. 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, el art. 8 prevé que «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso», y que, como regla general, se prestará verbalmente, salvo determinados supuestos, como las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito.

El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que, de concretarse éste, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

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

5. En el presente caso, consta, como ya se ha indicado, el consentimiento informado relativo a la intervención quirúrgica que fue suscrito por el interesado, siendo debidamente informado de los posibles efectos indeseables de la intervención para Cirugía del SDr. del Túnel Carpiano y proceder a la liberación del nervio mediano en muñeca izquierda.

El paciente firmó el documento de Consentimiento Informado el 28 de julio de 2016 (e igualmente firma la reintervención el 14 de febrero de 2017), por el que quedaba informado de las posibilidades de lesiones nerviosas, tanto temporales como definitivas, afectación de la cicatriz quirúrgica, reaparición de la sintomatología con el tiempo, etc.

Como indica el Jefe de Servicio de Traumatología del HSJD en su informe, el paciente desarrolló una herida indurada y dolorosa en la zona hipotenar, siendo esta una de las posibles complicaciones para este tipo de intervención, sobre la que el paciente fue informado previamente en consulta.

6. En cuanto al resto de daños reclamados, el SIP expone que en los antecedentes clínicos del paciente existe otro proceso de dolor en cervicales y en

brazos cuyo origen es cervical. Son dos procesos sufridos de distinta localización, uno en origen cervical y otro a nivel del carpo y mano.

La patología cervical demostrada por la clínica existente es corroborada por las pruebas radiológicas, la RMN realizada en enero de 2018 con diagnóstico de discopatía cervical crónica.

Según el Informe del Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del HUC, corresponde a una patología cervical de otra índole que nada tiene que ver con el procedimiento quirúrgico por el que se reclama.

Por lo que respecta a la segunda patología, estas se manifiestan, según las pruebas físicas, a nivel de muñecas y manos. Una es la ya estudiada, atrapamiento del nervio mediano a nivel del carpo, y la otra es una rizartrrosis del pulgar, con artrosis/artritis en la mano izquierda. Esta clínica de rizartrrosis se contempla desde mayo de 2017 y se demuestra a través de Gammagrafía efectuada en julio del mismo año, junto con artrosis y artritis en la mano izquierda.

En consulta de Atención primaria el paciente aporta resultado de RMN efectuada en (...), donde se diagnostica discopatía cervical crónica C5-C6 y C6-C7. Se remite a la unidad del Dolor y solicitan infiltración de la zona. Este cuadro es responsable de la sintomatología cervical y de brazo izquierdo

Estas patologías tampoco tienen nada que ver con la cirugía realizada por la que se reclama.

Por último, respecto a los problemas psicológicos reclamados, en su historia clínica se observa que ya existía antes de la cirugía del carpo.

7. De todo lo anterior se puede afirmar que la asistencia prestada fue que en todo momento adecuada a la *lex artis ad hoc*, lo que acompañado con la existencia del Documento de Consentimiento Informado, impide, como hemos afirmado - siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo- el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que se ha de concluir con la Propuesta de Resolución que procede desestimar la pretensión resarcitoria, pues no se aprecia la existencia de relación causal entre los daños reclamados y la asistencia sanitaria correspondiente al tratamiento del STC.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, es conforme a Derecho.