



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 8 7 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 20 de diciembre 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. 556/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el 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 14 de julio de 2017, a solicitud del interesado, por la asistencia sanitaria recibida del SCS.

2. La preceptividad del dictamen viene determinada por la cuantía de la reclamación, al ser la cantidad solicitada en concepto de indemnización de 90.000 euros, de conformidad con lo dispuesto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC).

La competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, deriva del art. 12.3 LCCC, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

4. El reclamante alega en su escrito inicial, entre otros extremos, que tras la intervención a la que fue sometido de Trombectomía arterial iliaca sin que hubiera

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

sido informado correctamente con anterioridad de los efectos posibles adversos derivados de la intervención, se le ha ocasionado una lesión del nervio safeno, con inutilidad prácticamente total de pierna izquierda, teniendo en cuenta además que sufrió hace más de 20 años la amputación de miembro superior y con problemas a la hora de dormir debido al dolor, sin que pueda trabajar, produciendo todo ello un daño moral como consecuencia de las lesiones.

5. El órgano competente para instruir y resolver 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, modificada por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de medidas tributarias, financieras, de organización y relativas al personal de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

No obstante, a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, 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 SCS.

6. Al presente procedimiento le es aplicable la citada 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 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.

II

1. Se han realizado, ente otros, los siguientes trámites procedimentales:

- El 14 de agosto de 2017, fue admitida la reclamación presentada mediante Resolución de la Secretaría General del SCS, por supuesta responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, resolviéndose la incoación del expediente y acordándose por realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución que ponga fin al expediente y entre ellos la petición de informe a los servicios correspondientes cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

Así, mediante la misma Resolución se solicitó informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP), para que a la vista de la historia clínica y del que provenga del servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, se valore la existencia o no de relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada a la reclamante y los daños y perjuicios por los que reclama.

- Con fecha 23 de marzo de 2018, se emite el informe del SIP, al que acompaña la historia clínica, así como el informe preceptivo del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Además, con fecha 6 de abril de 2018, fue emitido un informe complementario del SIP, solicitado previamente por la Instrucción del procedimiento.

- Con fecha 25 de abril de 2018, se dictó el oportuno Acuerdo Probatorio, siendo debidamente notificado al interesado.

- Con la misma fecha anterior se acordó el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, notificado correctamente, por lo que el reclamante formuló escrito de alegaciones en fecha 9 de mayo de 2018, reiterando los términos de su reclamación inicial.

- Con fecha 3 de octubre de 2018, la Propuesta de Resolución desestimatoria de las pretensiones del reclamante ha sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, de conformidad con el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

- En fecha 30 de octubre de 2018, se ha emitido la Propuesta de Resolución que por este Consejo se analiza.

2. En el desarrollo de la tramitación procedimental no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

3. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver, conforme a lo dispuesto en los arts. 21.2 y 91.3 LPACAP. 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. 21.1 y 6 LPACAP).

III

1. El órgano instructor desestima la reclamación formulada al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, al no haber sido acreditado el nexo causal entre el daño soportado por el afectado y la asistencia sanitaria recibida del SCS.

2. La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos: - La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. - Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal. - Ausencia de fuerza mayor. - Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

Una nutrida jurisprudencia (reiterada en las SSTs -3ª- 29 de enero, 10 de febrero y 9 de marzo de 1998) ha venido a definir los términos concretos en que estas exigencias establecidas con carácter general se proyectan sobre el ámbito de la sanidad pública.

Así, entre tantas otras, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 observa que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Entiende, pues, el Tribunal Supremo que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya

actuado conforme a lo que exige la buena *praxis* sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración (Sentencia de 23 de septiembre de 2009, recurso de casación n.º 89/2008).

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

Al respecto cabría hacer mención de la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, que declara: «Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

En íntima conexión, por lo demás, con la adecuación a la «lex artis» se sitúa la exigencia del consentimiento informado, en los términos igualmente resaltados por la jurisprudencia. La Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de enero de 2011, por ejemplo, señala: «La información que se proporciona al paciente antes de la intervención, y el correlativo consentimiento por parte de este, es un presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica, y se hace especialmente exigente en intervenciones médicas no necesarias, en las que el paciente tiene un mayor margen de libertad para optar por su rechazo habida cuenta la innecesidad o falta de premura de la misma y porque la relatividad de la necesidad podría dar lugar en algunos casos a un silenciamiento de los riesgos excepcionales a fin de evitar una retracción de los pacientes a someterse a la intervención (SSTS 21 de octubre de 2005 (RJ 2005, 8547); 4 de octubre 2006 (RJ 2006, 6428); 29 de junio 2007 (RJ 2007, 3871)). Como tal, la información debe hacerse efectiva con tiempo y

dedicación suficiente y obliga tanto al médico responsable del paciente, en este caso el cirujano, como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, como uno más de los que integran la actuación médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud. Y hacerlo de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado, y en su vista elegir, rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos e incluso acudir a un especialista o centro distinto (SSTS 15 de noviembre 2006 (RJ 2006, 8059), y las que en ella se citan)». En el mismo sentido la Sentencia de 27 de diciembre de 2011.

IV

1. Entrando en el fondo del presente caso, son varios los argumentos que invoca el reclamante como causa del daño cuya responsabilidad atribuye a la Administración Sanitaria. Particularmente, señala que la intervención de «trombectomía arterial ilíaca común y externa» que le fue realizada en el Hospital Dr. Negrín, le ha ocasionado lesión del safo, que le causa tal dolor que le impide dormir así como trabajar, y, además, que no fue debidamente informado de las consecuencias de tal intervención ni de la infección que posteriormente sufrió.

2. Respecto a tales argumentos, el SIP, en su informe, nos señala los siguientes hechos:

«(...) El 24 de abril de 2014 diagnóstico por Arteriografía de “oclusión en iliaca primitiva izquierda y oclusión iliaca externa izquierda” tras clínica de claudicación intermitente de MII, con diagnóstico clínico efectuado y tratamiento médico desde el día 10 de abril de 2014.

El 28 de mayo de 2014 se interviene quirúrgicamente y se realiza Trombectomía de Arteria Iliaca Común e Iliaca Externa Izquierda, vía zona inguinal. La cirugía tanto en el posoperatorio inmediato como en el curso de los meses posteriores fue un éxito, se realizó una revascularización de la zona que evitó males mayores importantes para vida del paciente.

El 10 de junio el paciente comienza a emitir un líquido seroso en la zona de la intervención quirúrgica a nivel inguinal, sin signos de infección, líquido no purulento, sin tumefacción de la zona que evoluciona, aún con curas locales, en cuestión de días a exudado mas purulento y zona local inflamada, lo que se constata a partir del 18 de junio en que se realiza cultivo de las secreciones y se trata con el antibiótico adecuado y seguimiento con curas locales.

El día 26 de junio ya mejor de la infección local el paciente empieza con quejas de parestesias (sensación de hormigueos, pinchazos, adormecimiento) en cara interna del muslo y pierna, en esta fecha estamos a un mes aproximadamente de la cirugía vascular sufrida.

El 29 de agosto de 2014 es remitido por su médico de cabecera al Hospital Dr. Negrín por dolor y tumefacción en MII y tras Eco-Doppler de la pierna izquierda se descubre trombosis venosa profunda de la pierna izquierda, en vena poplítea, no oclusiva, marginal. Resto del territorio venoso profundo permeable.

(...) Esta es una nueva obstrucción dentro del cuadro patognomónico del paciente, que se resolvió con tratamiento médico, tras estudio se encontró que no era una trombosis oclusiva sino marginal y dejaba pasar la sangre.

(...) Tras valoración neurofisiológica del paciente por observación hipoestesia (disminución de la sensibilidad) en región interna del muslo y pierna izquierda se diagnostica con pruebas electroneurofisiológicas neuropatía del nervio safeno izquierdo de grado moderado, el 16 de septiembre de 2014. El 6 de octubre de 2014 acude por primera vez a la Unidad de Dolor para tratamiento de dolor e hipoestesia en cara interna del muslo y rodilla izquierda.

El 18 de agosto de 2015 se realiza nuevo estudio neurofisiológico con las mismas conclusiones que el del 2014.

Tratado por la Unidad de Dolor desde el inicio de los síntomas, el tratamiento no fue suscrito adecuadamente porque la Gabapentina, medicamento usado para tratamiento de las patologías neuríticas, le producía sueño, y no deseó someterse a otras terapias física para controlar el proceso neurítico.

Así y todo según anota en la historia clínica la Unidad de Dolor “el paciente presenta poco dolor en fecha 7 de noviembre de 2017”.

El 6 de febrero de 2018 la unidad de dolor da el alta en su servicio. “El paciente no quiere probar otros medicamentos ni bloqueos” (...).».

3. En relación con los acontecimientos médicos descritos, el SIP realiza las siguientes consideraciones sobre el diagnóstico del paciente, tratamiento y pronóstico de su enfermedad:

«El paciente es diagnosticado de oclusión de arteria Iliaca primitiva o común izquierda y oclusión de Iliaca externa izquierda, rama a su vez de la primitiva izquierda.

Se realiza cirugía de trombectomía (eliminación del trombo) en arteria Iliaca común y externa izquierda.

Las arterias iliacas comunes o tradicionalmente iliacas primitivas, son dos grandes arterias, arterias derecha e izquierda, que se originan de la bifurcación de la aorta.

Son las ramas terminales de la aorta. Descienden oblicuas abajo y lateralmente. Termina a nivel de la carilla auricular del sacro, encima del estrecho superior de la pelvis donde se divide en 2 ramas terminales: arteria iliaca externa e iliaca interna. La arteria iliaca externa lleva la sangre fundamentalmente al miembro inferior, y a su vez son igualmente derecha e izquierdas. La arteria iliaca externa, desciende lateral en la parte baja del abdomen y termina detrás de la mediana del ligamento inguinal donde se continúa como arteria femoral.

Así por detrás del ligamento inguinal, en el trayecto inguinal, aproximadamente en el punto medio, pasan los vasos femorales (arteria y vena) y el nervio femoral.

La arteria femoral, la vena femoral y los vasos linfáticos pasan a través del anillo femoral y están separados por finas membranas conjuntivas, las aponeurosis.

El nervio safeno es el nervio cutáneo (rama del nervio femoral) que se extiende desde la porción superior del muslo hasta el borde interno del pie.

El nervio femoral es un nervio mixto (que se origina de la fusión de las raíces L2-L3-L4) es la rama más voluminosa del plexo lumbar, las ramas se reúnen y descienden por debajo y detrás del ligamento inguinal (lateral a la arteria femoral) para entrar en el muslo. Este ligamento se extiende desde la espina iliaca anterosuperior (el saliente óseo cuyo relieve podemos sentir al palparse el bajo vientre a cada lado si somos delgado) hasta la sínfisis púbica, formando, junto con otros elementos un canal. Este canal es importante ya que es atravesado por los vasos sanguíneos y nervios. Inmediatamente distal al ligamento inguinal proporciona una división anterior y otra posterior. La división anterior da una rama motora para el músculo sartorio (flexor y abductor del muslo) y una rama sensitiva, el nervio femorocutáneo anterior, que inerva la piel de la cara anterior y medial del muslo y una división posterior que se divide en el nervio safeno y ramas para los músculos cuádriceps y pectíneo

La oclusión o estenosis (estrechamientos) de estas arterias provoca que el riego arterial disminuya, llegando menos sangre oxigenada lo que se traduce en mal funcionamiento de los órganos y tejidos, y en términos médicos esto se denomina isquemia arterial, y puede ser aguda o crónica.

Cuando la llegada de sangre sigue disminuyendo aparece dolor de reposo en las regiones afectadas, y pueden aparecer lesiones tróficas en las partes distales de la extremidad (ulceras isquémicas) que son muy dolorosas.

Estas situaciones de dolor de reposo o aparición de úlceras exigen un estudio inmediato por un especialista vascular, para realizar las pruebas diagnósticas pertinentes y la mejor estrategia de revascularización arterial para llevar sangre de nuevo a los tejidos u órganos.

Si la enfermedad arterial periférica es asintomática, no debe realizarse revascularización inmediata, ya que con el tiempo puede desarrollarse circulación arterial colateral que

compense el aporte sanguíneo. Aunque el seguimiento y control regular por un especialista vascular si es necesario. Se puede realizar una cirugía abierta o bien la endovascular.

La reparación endovascular de la enfermedad arterial periférica es un tratamiento eficaz y seguro, en continuo desarrollo y con prometedores avances en los próximos años. Presenta menores tasas de morbilidad y mortalidad que la reparación quirúrgica, con resultados similares a medio y largo plazo en la mayoría de los territorios arteriales periféricos.

No requiere incisiones quirúrgicas, solo en algunas ocasiones puede requerir una pequeña incisión si no se consigue puncionar la arteria de acceso al interior de los vasos.

Mucho menos dolor para el paciente, solo precisa anestesia local en la zona de punción en la mayoría de los casos.

Puede realizarse como cirugía ambulatoria en muchos casos, o precisar algunos días de estancia hospitalaria en función de la gravedad de las lesiones (ulceras).

Menor número y menor gravedad de complicaciones postoperatorias con esta técnica. La indicación de tratamiento quirúrgico (convencional o cirugía abierta o endovascular) de la EA (enfermedad arterial) dependerá sobre todo de la valoración conjunta de dos aspectos fundamentales, como la situación clínica del paciente y el territorio vascular que precisa reconstrucción».

4. De acuerdo con lo que antecede, el SIP llega a las siguientes conclusiones:

«(...) El 28 de mayo de 2014 el paciente es intervenido quirúrgicamente y el 26 de junio aparecen parestesias, o alteraciones de la sensibilidad en la extremidad inferior izquierda. (...) Si hubiera sido consecuencia directa de la cirugía la aparición de dichos síntomas sería al menos precoz al hecho causante.

(...) la clínica neurológica, que se trató durante 10 días con antibióticos (...) Por tanto creemos está relacionado con la infección local de la herida quirúrgica (...)

En relación al Consentimiento Informado (...) Las lesiones nerviosas pueden existir en estos procesos quirúrgicos, lo que ocurre es que la frecuencia y la intensidad de las lesiones de este tipo no son destacables en este tipo de intervención. Además el reclamante asegura culpable la cirugía de su problema y para ello en el acto quirúrgico hubo de haber daño y comprobarse este hecho.

La patología que presenta el paciente a posteriori de la intervención no es anatómicamente descrita, ya que no existe corte o lesión clara descrita en dicho nervio. Lo que si existe es la manifestación neurofisiológica en las pruebas, de la existencia de alteración de la sensibilidad del nervio safeno, que ocasiona hipoestesia y dolor en la parte interna del muslo y de la pierna (rodilla) (...) Dicha infección debido a que ocurre en un tiempo tras la cirugía, unos 12 días y la herida estaba perfectamente tras la cirugía y los días

siguientes en que se somete a curas, por lo cual podría ser ocasionada por contacto o contagio desde el propio paciente.

(...) creemos que la misma inflamación de la zona, un hematoma, un roce con los tejidos inflamados pudo ocasionar lesión en la vaina nerviosa del safeno, que a nivel de la zona el nervio femoral se divide en sus ramas una de las cuales es el safeno, por dicha zona de la herida quirúrgica, y ocasionar la comentada neuropatía sensitiva del nervio safeno (...) la herida quirúrgica estaba en buenas condiciones, limpia, desde la cirugía efectuada el 28 de mayo hasta el 10 de junio que es cuando se constata la salida de líquido seroso por la herida y que fue empeorando en días, por tanto tampoco se puede asegurar mala higiene quirúrgica en su aparición, sino que el contagio de la misma fue posterior (...).

Sobre la citada neuropatía coincide el Cirujano Jefe del Servicio del Hospital Dr. Negrín, al indicar en su informe que «(...) No existen medidas de uso rutinario para evitar la neuropatía como indica el paciente sobre todo porque la frecuencia e intensidad de ésta no las hace rentables clínicamente (...) es extraordinariamente raro que una neuropatía no mejore con el tiempo (...). Razón por lo que se indica por los facultativos que en este caso se observa la mejora clínica en el paciente, siendo probable que continúe evolucionando correctamente.

5. Además, en este caso no puede obviarse que fueron tramitadas las Diligencias Previas 6612/2015 ante el Juzgado de Instrucción n.º 4 de Las Palmas de Gran Canaria que finalizaron mediante Auto de Sobreseimiento de 3 de junio de 2016.

En dichas actuaciones, incorporadas al expediente de responsabilidad patrimonial, consta informe pericial médico forense del Instituto de Medicina Legal, en el que se concluye:

«(...) valorada la documentación médica aportada, estos peritos consideran que se ha realizado una exploración clínica, las pruebas complementarias y el tratamiento quirúrgico adecuados según la sintomatología que presentó el paciente desde el inicio.

(...) el tratamiento pautado, y específicamente la intervención quirúrgica de Revascularización aorto-iliaca, ha sido el correcto y esperado ante la patología que padecía el paciente.

(...) refirió sintomatología dolorosa e incapacitante tras la intervención, que como se ha explicado en el apartado de cuestiones médicas, es una de las posibles complicaciones de este tipo de cirugía.

(...) que el seguimiento, pruebas realizadas y tratamiento, para resolver dicha complicación (neurología del nervio safeno izquierdo) han sido las esperadas por cualquier Servicio Hospitalario de nuestro entorno, incluyendo propuestas de otras técnicas

intervencionistas para aliviar su sintomatología que por el momento el paciente no ha asumido ante el riesgo de posibles complicaciones.

(...) no se evidencia por parte de estos peritos, considerando lo anteriormente expuesto, evidencias de mala praxis, en ninguna de sus variantes (impericia, negligencia o imprudencia) por parte de los facultativos que han atendido al paciente (...).

Por su parte, en el Auto de Sobreseimiento se razona entre otros aspectos que de acuerdo con el informe de los médicos forenses la actuación sanitaria se adecuó a la *lex artis* y que «(...) si bien el perjudicado refiere dolores y molestias incapacitantes tras aplicársele el referido tratamiento quirúrgico esta situación está recogida en los correspondientes estudios médicos como una posible complicación de aquel y de la que se le informa de antemano al paciente antes de firmar el correspondiente consentimiento informado (...).

6. En consecuencia, se considera que se ha ajustado la actuación sanitaria a la *lex artis ad hoc*, pues todos los informes médicos coinciden al señalar que la actuación dispensada al paciente fue adecuada a la buena *praxis* médica de acuerdo con el diagnóstico certero, recibiendo el tratamiento oportuno en todo momento. Al respecto, el paciente fue intervenido de una cirugía vascular de grandes vasos, con eficacia, cirugía complicada e importante, muy especializada en la materia, y sin que en el momento inmediatamente posterior se hubieran producido los dolores alegados ya que comienzan a presentarse en agosto de 2014, muy posteriores a la cirugía practicada y sin que la obstrucción en las ilíacas a nivel abdominal se haya llegado a reproducir, ya que resultaron permeables tras la intervención. Todo ello acredita que la intervención fue correcta y adecuada a su patología, tal y como se desprende de la historia clínica del paciente, particularmente, del informe operatorio.

En lo que se refiere a la falta de información que el afectado alega, no ha resultado acreditada la misma, ya que consta en el expediente, al igual que consta en las diligencias previas judiciales, que se han suscrito los debidos consentimientos informados con el detalle exigido legalmente, que el propio paciente ha recibido y firmado, habiéndose motivado suficientemente por el SCS que toda la información pretendida no puede comprender específicamente la afectación del nervio safeno tras padecer una infección un mes después que, además, soportó el afectado extrahospitalariamente.

Como ya se ha señalado en numerosas ocasiones y así se pone de manifiesto en la Propuesta de Resolución, la información exigible no puede llegar a convertirse en una descripción de los acontecimientos que después van a suceder en cada caso

concreto, puesto que la evolución del cuerpo y de las enfermedades siguen pautas complejas y no totalmente previsibles, debiendo evaluarse las decisiones razonablemente según las circunstancias de cada caso, pero sin que sea posible saber con antelación qué complicaciones van a surgir después y con qué gravedad.

El consentimiento exigido por la jurisprudencia (por todas STS 23 octubre de 2007, RJ2007, 9372) 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 de consentimiento informado firmado.

7. En definitiva, el reclamante no ha acreditado mediante informes médicos ni otras pruebas que la neuropatía del nervio safeno que padece y sus consecuencias, aparecidas tiempo después de la intervención quirúrgica a la que fue sometido, se haya debido a la vulneración de la *lex artis* por el SCS. Por el contrario, el examen de la historia clínica, de los informes de los Servicios que han atendido al paciente y los informes del SIP, además del informe pericial médico forense elaborado en sede judicial e incorporado al expediente, evidencian que el daño alegado por el reclamante no es antijurídico, ya que el tratamiento sanitario dispensado al paciente resultó adecuado a su patología de acuerdo con la buena praxis médica. Incluso se le ha propuesto al paciente tratamientos alternativos para la neuropatía que el afectado padece, sin que éste haya aceptado recibir los tratamientos médicos propuestos, como lo son las terapias físicas para controlar el proceso neurítico en relación con el dolor manifestado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación formulada por (...), resulta conforme a Derecho.