



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 1 4 / 2 0 2 2

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 24 de marzo de 2022.

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 nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 71/2022 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 18 de octubre de 2021 (con registro de entrada en este Organismo el día 20 de octubre de 2021), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La reclamante solicita una indemnización que asciende a 80.000 euros; cantidad que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación, además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC); y 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.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) LOSC.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

5. En lo que se refiere a la legitimación activa, la reclamante ostenta la condición de interesada en el procedimiento al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

Consta en el expediente la intervención de la interesada mediante representante debidamente acreditada (art. 5.3 LPACAP).

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple también el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se interpone la reclamación el día 15 de abril de 2021, respecto de un daño cuyas secuelas habrían quedado determinadas en fecha 13 de agosto de 2020 (art. 67 LPACAP).

II

1. La interesada presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada y de la falta de información en relación con la intervención practicada.

Concretamente, en su escrito de reclamación inicial la interesada alega:

« (...) En fecha 25 de marzo de 2019 fue sometida a intervención quirúrgica de prótesis total de cadera izquierda con vástago avenir nº 5 cementado, cotilo 50 G/ con 2 tornillos e

inserto metálico de doble movilidad (40) y cabeza DM 40mm x 28mm (std-0-). Después de la intervención realizó tratamiento rehabilitador en planta y curas en centro de salud (C.S. Añaza). En fecha 26 de junio de 2020 acude nuevamente al C.S. Añaza e inicia sesiones de fisioterapia hasta el día 21 de septiembre de 2020, aunque su tratamiento no ha finalizado.

La Sra. (...) ha seguido todas las pautas y tratamientos que se le han prescrito y recomendado para evolucionar favorablemente. No obstante, desde la intervención hasta fecha actual, la Sra. (...) ha presentado dolores y padecimientos de carácter grave, dificultad para caminar para lo cual requiere de muletas, a su vez, presenta lesión de nervio periférico de cintura pelviana y pierna probablemente ocasionado por la intervención.

Mi representada se sometió a la intervención quirúrgica con el único propósito de mejorar su calidad de vida, deambulación y salud, sin embargo, le ha causado un grave perjuicio y pérdida de calidad de vida, sobre todo, por el dolor y graves padecimientos que viene sufriendo.

El facultativo que informó a la Sra. (...) de la intervención quirúrgica le aseguró que tras la misma iba a mejorar su calidad de vida y que podría caminar sin dificultades, aconsejándole en todo momento que se sometiera a la intervención. Sin embargo, no le informó adecuadamente de los riesgos que entrañaba la operación, como por ejemplo, lesiones en los nervios y arterias, posibles fracturas del fémur, calcificaciones, etc. así como las dificultades que entraña la propia recuperación.

En síntesis, desde el Servicio de Traumatología del Hospital de Nuestra Señora de Candelaria no se ofreció la suficiente información para que la paciente otorgara válidamente su consentimiento y con ello asumiera el riesgo de la intervención, libre y conscientemente. Por otro lado, los graves padecimientos de la Sra. (...) apuntan a que la intervención quirúrgica no fuera realizada con la debida diligencia y acorde a la "lex artis ad hoc" por cuanto presenta una lesión en el nervio periférico de cintura pelviana (...) ».

2. A efectos de completar lo alegado por la interesada, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) del SCS, de fecha 14 de junio de 2021, consta la siguiente relación de hechos:

« (...) A.- Paciente mujer de 54 años (F.N. 23.03.65), con antecedentes de: Hemorragia cerebral hemisférica derecha intervenida, Síndrome depresivo, discopatía lumbar múltiple intervenida en 2006, hipoacusia severa en oído izquierdo (2009), problemas para la movilidad del miembro inferior izquierdo con dificultad importante para la marcha, mononeuropatía del nervio ciático poplíteo externo izquierdo (2013). Radiculopatía lumbosacra, a nivel L5-S1, cervicobraquialgia (2018), entre otros.

Partimos por tanto de una situación previa a la fecha de la intervención quirúrgica de 24.03.19, con afectación del nervio ciático poplíteo externo izquierdo, radiculopatía

lumbosacra, con dificultad para la marcha y siendo usuaria de ortesis en miembro inferior izquierdo para la deambulaci3n: *Ortesis funcional antiequino foot-up.*

B.- *Reproducimos el informe emitido el 31 de mayo de 2021 por el Dr. (...), especialista en Cirug3a ortop3dica y Traumatolog3a del HUNSC que responde detalladamente a los dos aspectos objeto de la reclamaci3n:*

-Desde el Servicio de Traumatolog3a del Hospital de Nuestra Se1ora de Candelaria no se ofreci3 la suficiente informaci3n para que la paciente otorgara v3lidamente su consentimiento y con ello asumiera el riesgo de la intervenci3n, libre y conscientemente.

-La intervenci3n quir3rgica no fue realizada con la debida diligencia y acorde a la «lex artis ad hoc» por cuanto presenta una lesi3n en el nervio perif3rico de cintura pelviana.

C.- *En cuanto a la informaci3n ofrecida a la reclamante sobre la intervenci3n quir3rgica a realizar, consta tal hecho tanto de forma verbal como se recoge en la consulta de fecha 20.09.17 como de forma escrita en documento de consentimiento informado debidamente suscrito, que entre otros aspectos detalla:*

“ (...) 5- Las complicaciones m3s frecuentes que pueden ocurrir pueden ser: (...) c)Lesi3n o afectaci3n del tronco nervioso, que podr3a ocasionar trastornos sensitivos y/o motores (...) 7- Soy consciente de que la pr3ctica de la medicina y la cirug3a no son una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garant3as en lo referente a los resultados de la operaci3n (...) ”.

La literatura m3dica afirma que la incidencia de lesi3n nerviosa en Artroplastia total de cadera es de 1 a 3 % La lesi3n del nervio ci3tico es la m3s com3n, pero tambi3n pueden ser lesionados el nervio femoral, el nervio obturador, y los nervios gl3teos superiores La causa de la lesi3n del nervio es desconocida en casi el 50 % de los casos. Las causas conocidas incluyen compresi3n debido a hematoma o material de osteos3ntesis, el uso de retractores, transecci3n, el alargamiento de la extremidad durante las maniobras quir3rgicas, isquemia, entre otras.

D.- *En cuanto a la t3cnica quir3rgica y la lex artis, no existe prueba alguna que nos muestre que 3sta fuera inadecuada.*

A modo de ejemplo, valorado el resultado del TAC del 03.04.20, NO existe anomal3a: “ (...) Componente acetabular en anteversi3n sim3trica con acet3bulo contralateral y 3ngulo de apertura de copa lateral de 40º (Normal). Sin asimetr3as en la distancia componente femoral y acetabular prot3sico que sugiera desgaste del polietileno. Sin datos de aflojamiento o desplazamiento del material prot3sico. Sin evidencia de fracturas 3seas. Tornillos de fijaci3n acetabular intramedulares. Sin datos de fractura o complicaci3n de la Pr3tesis total de cadera izquierda (...) ”.

Por ser relevante, destacamos que este TAC fue informado de la siguiente forma: “Paciente mujer de 54 años de edad portadora de PTC izda que sufre caída en ducha y comienza con dolor e impotencia funcional desde entonces (...)”.

Esta afirmación introduce una nueva circunstancia añadida a la situación previa y a las consecuencias inherentes de la cirugía. Efectivamente consta en la documentación clínica que el 10.05.19 sufrió caída en la bañera y acude al Servicio de Urgencias del HUNSC. Presentaba dolor en muslo izquierdo. La radiografía determina la correcta colocación de los componentes. Diagnóstico: Distensión de adductores.

Dicho accidente, un mes y medio después de la intervención quirúrgica es el momento en que comienza con dolor e impotencia funcional, según expresa la propia paciente en la consulta “ (...) al referir comienzo de la clínica tras la caída (...)”.

E.- 18.07.19 en consulta de Traumatología consta cojera con molestias a la deambulación. Diagnóstico: PTC Izquierda. Radiculopatía Severa Lumbar Izquierda L4-L5-S1. Se recomienda continuar con ejercicios, caminar, nadar, bicicleta.

Radiografía: No disimetría, correcta alineación, no signos de aflojamiento.

Realiza seguimiento en consultas de Reumatología en julio y septiembre de 2019 por patología cervical/hombro. No existe mención a patología relacionada con la cirugía de cadera izquierda.

F.- Todo ello sin perjuicio de persistir las molestias. En septiembre de 2020 en valoración por médico rehabilitador se observa sintomatología dolorosa a la palpación inguinal y trocánter. Balance articular libre con dolor en rotaciones. Balance muscular (BM): psoas a 4/5, cuádriceps a 5/5, isq a 5/5. Dorsiflexión de tobillo 2/5.

Todo ello, muy similar a la situación prequirúrgica, usando ortesis antiequino. Ver notas:

-06.05.13: Rehabilitación:

-31.07.14: Neurología: BM: 4/5 en MII con dificultad para la flexión plantar y dorsal del pie izquierdo. Arrastre del pie izquierdo en la marcha junto con imposibilidad para andar tanto de puntillas como de talones

-17.11.16: Traumatología dolor a la flexión de cadera izquierda. dolor a la rotación de cadera izda (...) ».

- Como consecuencia del Dictamen 557/2021, de 23 de noviembre, sobre este mismo asunto, en el que este Organismo concluía que la Propuesta de Resolución no se ajustaba a Derecho, debiéndose retrotraer el procedimiento y emitirse informe complementario por el SIP -pues suscitaba dudas la fecha de estabilización de las secuelas y, por tanto, de la prescripción de la acción para reclamar-, se realizó

informe complementario del SIP, de 30 de noviembre de 2021, sobre este extremo, en el que se añade lo siguiente al anterior informe:

« (...) 3.- La prueba diagnóstica Resonancia Magnética lumbar solicitada el 2 de junio de 2020 por Traumatología y realizada el 9 de junio (no julio) de 2020 tenía por objeto determinar las causas de la persistencia de los dolores que refería, tras recibir tratamiento con infiltraciones sin mejoría y con pruebas previas que no mostraban aflojamiento de la prótesis, ni alteraciones en la alineación, ni fracturas.

La Gammagrafía ósea solicitada el 27 de agosto de 2020 por el Servicio de Traumatología y realizada el 8 de septiembre pretendía exactamente lo mismo, obtener una causa que pudiera justificar el dolor que refería.

Por tanto, las pruebas diagnósticas y consultas, que aunque no se describieron en informe previo por no ser relevantes ya que no mostraron alteraciones, se deben a las manifestaciones clínicas que expresa la reclamante en las consultas y que ésta atribuye a la prótesis de cadera. Es obligación de los profesionales emplear cuántos medios diagnósticos estén a su disposición para alcanzar el diagnóstico oportuno.

4.- Por otra parte, revisando la relación de citas en el HUNSC:

10.09.20: citada en la Unidad del Dolor. No acude

19.11.20: Citada en consulta de Traumatología. No acude.

5.- El 13.08.20 se cursa alta de tratamiento rehabilitador por máxima mejoría alcanzable tanto en cuanto a la columna cervical, como a la cadera izquierda. En relación a la cuestión formulada pudiera ser dicha fecha el inicio del plazo para el cómputo de la prescripción».

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, consta en el expediente la realización de los siguientes trámites relevantes:

- La reclamación se presentó por el representante de la interesada el 15 de abril de 2021.

- Con fecha 22 de abril de 2021 se requiere a la interesada mediante escrito a fin de que subsane y/o mejore su reclamación inicial (art. 68 LPACAP).

- Mediante Resolución de 7 de mayo de 2021, del Director del SCS, se admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente.

- En la misma fecha se solicita del SIP el informe oportuno, en particular, en atención al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable, en este caso el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC).

- Con fecha 14 de junio de 2021, se emite el informe del SIP, referido a la asistencia sanitaria que le fue prestada a la paciente, previo informe del Servicio de COT del HUNSC de fecha 31 de mayo de 2021 (art. 81.1 LPACAP).

- El día 21 de junio de 2021, la instrucción del procedimiento dicta Acuerdo Probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas consistente en documental médica.

- Con fecha 21 de junio de 2021, se acuerda la apertura del Trámite de Audiencia, concediéndose a la interesada un plazo de diez días para que pudiera formular alegaciones y presentar los documentos que estimase procedentes. Se presenta escrito de alegaciones por la interesada en fecha 27 de septiembre de 2021, cuantificando la indemnización que solicita en 80.000 euros.

- Con fecha 15 de octubre de 2021, se emite una primera Propuesta de Resolución del Secretario del SCS, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por la interesada, que se somete a dictamen de este Consejo.

- Con fecha 23 de noviembre de 2021, este Consejo Consultivo emite el Dictamen 557/2021, en los términos señalados con anterioridad.

- En consecuencia, el 30 de noviembre de 2021, el SIP emite informe complementario concluyendo que las secuelas habrían quedado determinadas en fecha 13 de agosto de 2020. Este nuevo informe fue notificado a la reclamante el día 25 de enero de 2022, fecha que figura como puesta a disposición, sin que haya aportado alegación al respecto.

- En fecha 15 de febrero de 2022, se emite la Propuesta de Resolución definitiva, en la que se vuelve a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por la interesada.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la afectada, al entender el Órgano Instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero, 341/2019, de 3 de octubre y 442/2019, de 28 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

3. En el presente caso, la reclamante, en síntesis, realiza su reclamación basándose en dos argumentos que debemos analizar por separado. Por un lado, la paciente alega que la intervención quirúrgica no fue realizada con la debida diligencia y acorde a la «*lex artis ad hoc*» por cuanto presenta una lesión en el nervio periférico de cintura pelviana como consecuencia de esta. Por otro lado, que no se le ofreció a la paciente la suficiente información para otorgar válidamente su consentimiento y con ello asumir el riesgo de la citada intervención, libre y conscientemente.

4. Este Consejo considera que de la documental médica obrante en el expediente se ha llegado a acreditar que la asistencia sanitaria recibida por la paciente particularmente en relación con la intervención quirúrgica fue correcta.

De acuerdo con el informe del SIP, la paciente sufría del nervio ciático poplíteo externo izquierdo, radiculopatía lumbosacra, con dificultad para la marcha y era usuaria de ortesis en miembro inferior izquierdo para la deambulación, con anterioridad a la fecha de la intervención quirúrgica. Además, el informe médico especialista, en cuanto a la intervención quirúrgica practicada señala que fue correcta como posteriormente confirmarían los resultados obtenidos de las pruebas médicas realizadas, entre otros, como observamos en los resultados del TAC, sin anomalía alguna: « (...) *Componente acetabular en anteversión simétrica con acetábulo contralateral y ángulo de apertura de copa lateral de 40° (Normal). Sin asimetrías en la distancia componente femoral y acetabular protésico que sugiera desgaste del polietileno. Sin datos de aflojamiento o desplazamiento del material protésico. Sin evidencia de fracturas óseas. Tornillos de fijación acetabular intramedulares. Sin datos de fractura o complicación de la Prótesis total de cadera izquierda (...)* ».

Asimismo, el SIP nos informa debidamente que de acuerdo con la literatura médica «*la incidencia de lesión nerviosa en Artroplastia total de cadera es de 1 a 3 % La lesión del nervio ciático es la más común, pero también pueden ser lesionados el nervio femoral, el nervio obturador, y los nervios glúteos superiores La causa de la lesión del nervio es desconocida en casi el 50 % de los casos. Las causas conocidas incluyen compresión debido*

a hematoma o material de osteosíntesis, el uso de retractores, transección, el alargamiento de la extremidad durante las maniobras quirúrgicas, isquemia, entre otras».

A mayor abundamiento, se considera que la caída que la paciente sufrió en la ducha intensificó los padecimientos que esta ya arrastraba como consecuencia de su enfermedad y que, sin embargo, nada tuvo que ver con la intervención quirúrgica practicada o la falta de consentimiento informado por lo que la interesada reclama. Por ser relevante, destacamos que el TAC practicado confirmaba: *«Paciente mujer de 54 años de edad portadora de PTC izda que sufre caída en ducha y comienza con dolor e impotencia funcional desde entonces (...)»*. No obstante, la radiografía realizada determinó la correcta colocación de los componentes. Diagnóstico: Distensión de abductores. No disimetría, correcta alineación, no signos de aflojamiento.

Por lo demás, a la paciente se le hizo el seguimiento oportuno en consultas de Reumatología en julio y septiembre de 2019 por patología cervical/hombro, sin que se haya mencionado la patología relacionada con la cirugía de cadera izquierda.

5. En cuanto a la información ofrecida a la reclamante sobre la intervención quirúrgica a realizar, se le informó tanto de forma verbal en consulta como de forma escrita en documento de consentimiento informado debidamente suscrito, que entre otros aspectos se indica: *«(...) Las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir pueden ser: (...) c) Lesión o afectación del tronco nervioso, que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores (...)»* (folios del expediente administrativo 230-231 y 366-367).

Sobre esta cuestión, resulta contundente el contenido del Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUNSC, de 31 de mayo de 2021 (folios 362-385 del expediente), que pasamos a reproducir:

« (...) NO ES CIERTO, según se declara en el párrafo 4º de la Alegación Primera de la Reclamación, que la paciente que reclama no fuera informada suficientemente para que otorgara válidamente su consentimiento y con ello asumiera el riesgo de la intervención, libre y conscientemente. Pues LO CIERTO es que SE HA INFORMADO a la paciente suficientemente de acuerdo con 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, respetando en todo momento el derecho del paciente a su información sanitaria, al derecho a su intimidad como paciente y al de respeto de la autonomía de decisión del paciente informado, entre otros derechos.

NO ES CIERTO que existiera una falta de consentimiento informado. Pues según consta en la historia clínica de la paciente, custodiada en este Centro Hospitalario, la paciente firmó no sólo el documento de consentimiento informado para Prótesis Total de Cadera (PTC} del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HUNSC sino que además firmó el documento de consentimiento informado para la anestesia del procedimiento quirúrgico de PTC del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor del HUNSC y el documento de consentimiento informado de transfusión de hemoderivados del Servicio de Hematología y Hemoterapia del HUNSC para el mismo procedimiento. Tratándose el primero, según consta, de un CONSENTIMIENTO INFORMADO para la realización del procedimiento quirúrgico denominado Prótesis Total de Cadera Izquierda por presentar una lesión denominada ARTROSIS DE CADERA SECUNDARIA A COXA VALGA. Procedimiento quirúrgico y lesión claramente especificados en el CONSENTIMIENTO INFORMADO que aportamos junto a este informe como documento nº UNO (en 3 folios), correctamente firmado por la paciente y por el facultativo que informa.

En dicho CONSENTIMIENTO INFORMADO que adjuntamos como documento nº UNO se especifica en el punto nº 5 las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir y concretamente se especifica en el apartado C) la lesión que supuestamente refiere la paciente en la reclamación, esto es, “lesión o afectación de un tronco nervioso que podrá ocasionar trastornos sensitivo s y/o motores”.

Además del citado Consentimiento, aportamos como documento nº DOS (en 3 folios CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL Y LOCO-REGIONAL del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor HUNSC, correctamente firmado por la paciente y por el facultativo anestesista que informa, especificando las características del procedimiento anestésico, alternativas y riesgos. Y, además como documento nº TRES (en 2 folios) CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS del Servicio de Hematología y Hemoterapia del HUNSC, correctamente firmado por la paciente y por el facultativo.

Por lo que NO ES CIERTO lo manifestado en el en el párrafo 4º de la Alegación Primera de la Reclamación cuando dice que el facultativo no le informó adecuadamente de los riesgos que entrañaba la operación, como, por ejemplo, lesiones en los nervios y arterias, posibles fracturas del fémur, calcificaciones, etc. Así como las dificultades que entraña la propia recuperación. Y es que LO CIERTO es que la paciente FUE PERFECTAMENTE INFORMADA del procedimiento y de las posibles complicaciones y secuelas según exige 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, y además FIRMÓ con consentimiento dicha información, consentimiento que especifica en su punto nº 5 las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir.

Además, en un Informe de citas sucesivas del Servicio de Traumatología de este Centro, según consta en la Historia Clínica de la paciente, en fecha 20 septiembre de 2017, en el Plan Diagnóstico se especifica claramente que se anota a la paciente en Lista de Espera (LE) para Prótesis Total de Cadera (PTC), una vez informada a la paciente de los riesgos quirúrgicos. Adjunto como documento nº CUATRO (en 3 folios) dicho Informe. Y además firma la Solicitud de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica para Prótesis Total de Cadera en fecha 20-09-2017. Adjunto como documento nº CINCO (en 1folio) dicha Solicitud.

NO ES CIERTO, según se declara en el párrafo 4º de la Alegación Primera de la Reclamación, que se le asegurara a la paciente que tras intervención quirúrgica iba a mejorar su calidad de vida y que podría caminar sin dificultades, aconsejándosele en todo momento que se sometiera a la intervención. Pues lo ÚNICO CIERTO es que precisamente desde un principio se le informa a la paciente de que existen serias dudas de que con su secuela radicular, con un tratamiento quirúrgico, mejore la biomecánica de la cadera. Y así consta reflejado en un Informe de citas sucesivas del Servicio de Traumatología de este Centro, según consta en la Historia Clínica de la paciente, en fecha 01de junio de 2017, en el Plan Diagnóstico en el que se hace constar claramente que no descartándose tratamiento quirúrgico, existen serias dudas de que con su secuela radicular dicho tratamiento mejore la biomecánica de la cadera. Adjunto como documento nº CINCO (en 2 folios) dicho Informe.

Y, además, insistimos que en el Informe de citas sucesivas del Servicio de Traumatología de este Centro, según consta en la Historia Clínica de la paciente, en fecha 20 septiembre de 2017, documento adjuntado como documento nº CUATRO, en el Plan Diagnóstico se especifica claramente que se anota a la paciente en Lista de Espera (LE) para Prótesis Total de Cadera (PTC), una vez informada a la paciente de los riesgos quirúrgicos.

NO ES CIERTO, según se declara en el párrafo 2º de la Alegación Primera de la Reclamación, que la paciente, desde la intervención de PTC, haya tenido dificultad para caminar y que presente lesión de nervio periférico de cintura pelviana y pierna probablemente ocasionado por la intervención. Pues LO CIERTO es que la paciente al menos desde 2014-2015 sufre de un cuadro lumbocitálgico bilateral afectando los territorios LS,Sl,S2, de una radiculopatía severa lumbosacra de evolución crónica, a nivel LS-Sl, de cambios degenerativos con hipertrofia de articulaciones interapofisarias con hipertrofia de ligamentos amarillos con compromiso de recesos laterales L3-L4,cambios postquirúrgicos L4-5, neuropatía del ciático izquierdo (nervio CPE + nervio tibial posterior),con signos de actividad denervativa aguda en la musculatura tributaria de rama externa, nervio CPE, citología L4 y abollon aquileo izquierdo.

Como documento nº SEIS (en 2 folios) adjunto Informe de citas sucesivas del Servicio de Traumatología de este Centro Informe que consta en la Historia Clínica de la paciente, donde constan declaradas todas las patologías citadas previas a su intervención. Además, en el Informe Primera Visita del Servicio de Neurología, de fecha 23 de mayo de 2013, Servicio a la

que se deriva para estudio de una polineuropatía, se especifica que en 2006 la paciente fue intervenida por discopatía lumbar múltiple con estenosis del canal lumbar y que desde entonces tiene problemas para la movilidad del Mii (Miembro Inferior I.), con arrastre del pie izquierdo en la marcha junto a imposibilidad para andar tanto de puntillas como de talones, observándose después estudio neurofisiológico hallazgos de radiculopatía lumbosacra crónica y neuropatía del ciático izquierdo (nervio CPE + nervio tibial posterior). Adjuntamos dicho Informe de Primera Visita NRL como documento nº SIETE.

En síntesis, LO CIERTO es que la paciente reclamante, desde al menos 2006, tenía ya problemas importantes para movilidad del Mii (miembro inferior izquierdo), con importantes estigmas de funcionalidad, con arrastre del pie izquierdo en la marcha, con imposibilidad de flexión plantar y dorsal del pie izquierdo y con un padecimiento de radiculopatía y neuropatía de evolución crónica. Por lo que las supuestas lesiones de nervios periféricos que denuncia la reclamante, parece evidente que la misma ya las padecía antes de la cirugía de PTC del 25 de marzo de 2019 y que, aunque podía haber sido una complicación informada de intervención quirúrgica de PTC en el Consentimiento Informado firmado por la misma, parece muy improbable que dicha supuesta patología la hubiese producido la intervención de PTC del 25 de marzo de 2019.

NO ES CIERTO ,según se declara en el párrafo 3ª de la Alegación Segunda de la Reclamación, que de la historia clínica se deduzca la existencia de negligencia Médica en la intervención quirúrgica a la que fue sometida la paciente reclamante en fecha 25 de marzo de 2019, pues lo cierto es que la intervención quirúrgica se realizó correctamente según la técnica habitual, sin incidencias, con evolución favorable según consta en el listado de Notas Quirúrgicas de fecha 25 de marzo de 2021 que en 6 folios adjuntamos como documento nº. OCHO (...) ».

6. En relación con el consentimiento informado, indicaba este Consejo Consultivo en sus Dictámenes 412/2021, de 9 de septiembre y 429/2021, de 16 de septiembre, lo siguiente:

« (...) En este sentido, procede señalar que, efectivamente, integra la lex artis el deber para los servicios sanitarios de prestar a los pacientes información adecuada acerca de su enfermedad, de los tratamientos que pueden ser aplicados y de los posibles riesgos que estos conllevan, tal como dispone la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El correcto entendimiento del deber que esta Ley impone exige que los pacientes 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 al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

*Esta regulación legal implica, además, que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la *lex artis* y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando estas hayan sido conformes a la *lex artis ad hoc*. 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 este la lesión no revestiría el carácter de antijurídica (...) ».*

Pues bien, consta, que la paciente recibió la adecuada información al respecto, así como de las posibles complicaciones propias de la intervención, entre las que existía la posibilidad de lesión o afectación del tronco nervioso, que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores, como ha sucedido en este caso.

Por tanto, debe concluirse que, desde el punto de vista de la exigencia del consentimiento informado, ha sido también adecuada a la *lex artis* la atención dispensada a la paciente, por lo que el daño por el que reclama carece de la nota de antijuridicidad requerida para la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

7. En definitiva, de acuerdo con los documentos médicos obrantes en el expediente y el criterio del SIP, que son seguidos por la Propuesta de Resolución, se concluye que la intervención quirúrgica fue correctamente indicada por Coxartrosis izquierda y Coxa valga severa; y que la reclamante fue informada debidamente constando en el expediente documento de consentimiento informado. Sin que la reclamante haya acreditado en modo alguno que se haya producido negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de los deberes u obligaciones de los facultativos que la asistieron.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por la interesada, se considera conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV.