

Límites del deber de información en Medicina curativa



Ofelia De Lorenzo, letrada de De Lorenzo Abogados

Sábado, 18 de marzo de 2017, a las 15:50

En el presente caso, una paciente recurre en apelación la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia número seis de Vigo, solicitando que se declare que había existido **mala praxis por lesión del derecho a la información**, en concreto por inexistencia de documento de consentimiento informado para la administración de una **inyección de Trigón Depot y Escandicaína**, que se le puso en abril del 2006.

En la historia clínica no constaba documento alguno de consentimiento informado para la administración de la inyección de Trigón Depot y Escandicaína en la zona interespinosa lumbar; ahora bien, la Sala –y con cita jurisprudencial–, recuerda que, respecto a la forma del consentimiento informado, se admite que sea verbal **si existe prueba de su existencia**, precisando lo siguiente:

*“En el de autos no hay duda que la valoración o, mejor dicho, el diagnóstico de ‘fibrosis lumbar y en ambos omoplatos’ lo fue en la consulta médica particular del traumatólogo demandado, consistiendo el tratamiento en **una segunda infiltración** cortico-anestésica (trigón Deopot + Escandicaína) realizada el 20 de abril 2006 –en marzo ya se le había realizado por primera vez con éxito–, debiendo considerarse probado que existió esa información verbal, pues ni siquiera era la primera vez que la demandante se sometía a una infiltración”.*

Pero, además, señala que de la prueba practicada, y en concreto con referencia a la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, se había puesto de manifiesto que, en el año 2006, **no existía ese tipo de documento** para este tipo de intervención.

Afirma la Sala que entiende probado que el médico demandado explicó verbalmente a la paciente los beneficios y riesgos de la inyección y que, efectivamente, **no informó del riesgo acontecido** porque “*no es un riesgo probable, sino extraño, extraordinario y atípico, de manera que bien el ‘mioclonus propioespinal por escandicaína’, bien el trastorno conversivo con movimientos o sacudidas musculares de las piernas, no se produce aquí como una consecuencia normal o natural del acto médico, sino que se presenta como **una complicación no habitual asociada a la inyección**”.*

En ese sentido, las periciales practicadas pusieron de manifiesto que el resultado tras la inyección practicada no se trata de un riesgo típico, sino **excepcional e improbable**, y en base a dicho resultado probatorio, la Sala nos viene a recordar que la obligación de información al paciente, sobre todo cuando se trata de la Medicina curativa, tiene ciertos límites, y así se considera que quedan fuera de

esta obligación los llamados riesgos atípicos por **imprevisibles o infrecuentes**, frente a los riesgos típicos, que son aquéllos que pueden producirse con más frecuencia y que pueden darse en mayor medida, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia, doctrina que a fecha de hoy se mantiene invariable.

En conclusión, cuando se trata de medicina curativa no es preciso informar detalladamente acerca de aquellos riesgos que no tienen un carácter típico por no producirse con frecuencia ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que tengan carácter excepcional o no revistan una gravedad extraordinaria y ello en concordancia con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, que señala como información básica en su art. art. 10.1 los riesgos o consecuencias seguras y relevantes, los riesgos personalizados, los riesgos típicos, los riesgo probables y las contraindicaciones.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Pontevedra (Sección 6ª) núm. 608/2016 de 17 noviembre