

<p>Expediente: 41/2018 Objeto: Solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios. Dictamen: 2/2018, de 21 de enero</p>

DICTAMEN

En Pamplona, a 21 de enero de 2019,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente, doña Socorro Sotés Ruiz, Consejera-Secretaria, doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente doña Socorro Sotés Ruiz,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 21 de noviembre de 2018 tuvo entrada en este Consejo un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, del Consejo de Navarra (en lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 1028E/2018, de 16 de noviembre, del Consejero de Salud.

Se acompaña a la consulta el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente

del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la citada Orden Foral 1028E/2108, de 16 de noviembre, del Consejero de Salud, por la que se solicita dictamen preceptivo de este Consejo de Navarra.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Con fecha 17 de abril de 2018, doña..., interpone reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, como consecuencia de la lesión del nervio obturador derecho con sutura término-terminal producida tras la cirugía oncoginecológica por adenocarcinoma de endometrio y tumoración de ovario derecho mediante una histerectomía total extrafascial con doble anexectomía y linfadenectomía radical pélvica y paraortica, en el ... (...). En su escrito se analiza lo sucedido y el resultado de la operación efectuada el día 19 de abril de 2017 en el....

Sigue relatando en su escrito la reclamante, que todo ello ha dado lugar a que estuviera de baja para sus ocupaciones habituales un periodo de tiempo, en el que además estuvo realizando rehabilitación en el... así como que dicha lesión en el nervio obturador además de producirle dolor, le impide realizar una vida normal y deportiva como ella hacia con anterioridad a la operación a la que fue sometida.

Termina su escrito de reclamación señalando que, además de la mala praxis médica del personal sanitario que intervino en su operación, no se le informó adecuadamente acerca de las lesiones que podía sufrir tras la misma y de los riesgos que entrañaba la intervención quirúrgica. La cantidad que reclama en base a lo manifestado en su escrito y en concepto de daño moral, sin otras determinaciones, es de 600.000 euros. Unidos a esta reclamación se han presentado los siguientes documentos:

- Documento de consentimiento informado por anestesia entregado por el servicio de atención al paciente el 25 de Enero de 2018 (número 2).

- Consentimiento informado de transfusión (número 3).
- Documento de consentimiento informado de donación de muestras biológicas biobanco de investigación del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) (número 4).
- Documento de consentimiento informado para exploración de la cavidad abdominal por sospecha de proceso neoplásico, principalmente de ovario (número 5).
- Hoja de ejercicios de rehabilitación (número 6).
- Informe clínico de alta provisional (número 7).
- Informe clínico de alta definitivo (número 8).
- Solicitud de interconsulta del Servicio de Ginecología al Servicio de Rehabilitación (número 9).
- Informe médico de rehabilitación del... (número 10).
- Informe médico de rehabilitación (número 11).
- Solicitud de documentación clínica (número 12).
- Informe de impresión de fichas (número 13).
- Solicitud de interconsulta de rehabilitación (número 14).

Iniciación del procedimiento

Mediante Resolución 24/2018, de 30 de abril, del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se resuelve admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña..., asignándole el número de expediente 21373/2018 se nombra instructor del procedimiento; se informa que ésta reclamación “puede implicar el acceso a los datos de su historia clínica que puedan estar relacionados con el objeto de la misma”, e igualmente del plazo máximo para resolver y de los efectos que produce su transcurso sin haberse dictado

resolución expresa. Esta resolución se notifica a la reclamante oportunamente.

Instrucción del procedimiento: Historia clínica

A solicitud del instructor del procedimiento, se solicita la remisión de la historia clínica de la reclamante al... que pueda facilitar la correcta valoración del caso, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 81.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

De la documentación médica aportada cabe señalar, al igual que lo hacen los informes médicos obrantes en el expediente, que los síntomas, patologías y actuaciones llevadas a cabo por los servicios sanitarios que relata la reclamación, son en términos generales coincidentes con las circunstancias que resultan de la documentación que integra la historia clínica de la paciente.

De la documentación clínica aportada se destacan, como relevantes a los efectos de tomar en consideración en este dictamen, los siguientes extremos:

1.- Como antecedentes de la reclamante, de 49 años en la fecha de la intervención quirúrgica, se pueden indicar los siguientes:

- Alergias a diversos alimentos.
- Esguince cervical tras accidente.
- Lumbociatalgia derecha.
- Vértigo recurrente benigno periférico.
- Mutación protrombina.
- Bocio nodular normofuncionante.

Intervenida quirúrgicamente de:

- Tenodesis tobillo (1985).
- Ligamentoplastia tobillo (1985).
- Tiroidectomía subtotal izquierda (1986).
- Artrodesis escafolunar (1990).
- Nucleotomía percutánea por lumbalgia (1991).
- Artroscopia rodilla (2001).
- Artrodesis L4-L5 (2008).

2.- Doña... fue remitida el día 11 de abril de 2017 por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del... al..., por presentar dolor abdominal, tras diagnóstico de carcinoma de endometrio y masa ovárica de probable origen tumoral, quedando ingresada en el... donde, tras las pruebas oportunas, se le diagnosticó de “adenocarcinoma de endometrio y tumoración maligna de ovario derecho”.

Se le propone como procedimiento quirúrgico a realizar “una histerectomía total extrafascial con doble anexectomía y linfadenectomía radical pélvica y paraórtica. Omenectomía suprainframesocólica”.

3.- Con motivo de la operación, la reclamante firma diversos consentimientos informados tales como: consentimiento informado para anestesia; consentimiento informado de transfusión; para donación de muestras biológicas biobanco de investigación del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O); para exploración de la cavidad abdominal (sospecha de proceso neoplásico principalmente de ovario). Entre otras causas a reseñar en el consentimiento informado para exploración de la cavidad abdominal firmado el día 18 de abril de 2017, se determina en el apartado 4, como una de las complicaciones específicas de esta intervención quirúrgica, en su apartado g), “las lesiones vasculares y/o neurológicas”.

4.- El día 19 de abril de 2017, de forma programada y con carácter urgente, se procede a someterle a la intervención quirúrgica de “tumorectomía de ovario derecho con ap intraoperatoria; cirugía según resultado más cirugía de ca. endometrio”. Tras la anestesia general se realiza “histerectomía total extrafascial con doble anexectomía y linfadenectomía radical pélvica y paraórtica. Omentectomía suprainframesocólica. Toma de biopsias aleatorias para estudio de extensión y exploración cavidad abdominal (sin hallazgos destacables)”.

El diagnóstico principal es de “adenocarcinoma endometroide de endometrio grado 2, estadio del adenocarcinoma endometroide de ovario grado 3, estadio Ic”.

En el informe de la descripción de la intervención consta lo siguiente:

“LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA: hallazgo de tumoración solidoquística 18 cm. con capsula lisa y vascularización superficial, escaso liquido ascítico de aspecto sanguinolento-sucio. No se visualizan implantes en peritoneo parietal ni visceral (cúpulas libres).

Tras apertura de pared abdominal, tumorectomía dependiente de anejo derecho que presenta adherencias firmes a mesorecto derecho, rotura del mismo durante la manipulación. Se remite AP intraoperatoria: tumor maligno.

Útero globuloso y ovario izquierdo atrófico adherido a cara posterior lateral izquierda de útero. Se realiza histerectomía total con anexectomía izquierda. Cierre de vagina con puntos sueltos. Linfadenectomía radical pélvica de cadenas ganglionares de territorio de arteria ilíaca externa, interilíacos, fosa obturatriz e ilíaca primitiva. Lesión parcial del nervio obturador derecho con sutura término terminal Prolene 5/0. Linfadenectomía radical de territorios parórticos. Omentectomía suprainframesocólica.

Biopsias aleatorias de peritoneo de cavidad abdominal para estudio de extensión”.

5.- El informe del Servicio de Anestesia y Reanimación de 7 de mayo de 2018, hace mención a que el día 20 de abril la paciente ya refiere imposibilidad de doblar la rodilla retirándole el catéter (CED) por paresia en el miembro inferior izquierdo. Más concretamente, el día 21 de abril, consta como refiere dificultad para elevar la pierna derecha sin flexionar, así como

dificultad para aducción (probablemente en relación con lesión del nervio obturador derecho ocurrida durante el acto quirúrgico).

6.- En el informe del Servicio de Rehabilitación de 22 de abril de 2017, consta la lesión parcial del nervio obturador derecho con sutura término-terminal que tuvo la paciente con motivo de la operación quirúrgica a la que fue sometida. La sintomatología que se describe es la siguiente:

- Monoparesia evolutiva de extremidad inferior proximal derecha.
- Movilidad activa con debilidad parcial a la flexión, aducción y rotación interna de la cadera derecha.
- ROTs rotuliano y aquileo apagado.
- Refiere hipostesia en territorio medial de muslo derecho.

Se le proporciona programa de ejercicios de rehabilitación a realizar cuatro veces al día en la planta de ingreso.

7.- Se le ha estado realizando seguimiento tanto de sus problemas oncológicos, con tratamientos quimioterápicos y de radiología, como de la lesión parcial del nervio obturador derecho. En el informe de 5 de septiembre de 2017, del Servicio de Rehabilitación del..., aparece como en esas fechas refiere debilidad para la marcha en cuestas y terrenos irregulares. Se solicita al Servicio de Rehabilitación del Hospital Reina Sofía una evaluación y seguimiento clínico en consulta de Rehabilitación.

Con motivo de la quimioterapia pautada refiere dolores musculares y articulares frecuentes. No obstante, en el informe del Servicio de Oncología de 27 de febrero de 2018, aparece de nuevo la debilidad y alteración de la movilidad de la extremidad inferior derecha, que está siendo tratada con medicación pautada por el Servicio de Rehabilitación y Reumatología.

8.- Se observa una total ausencia de informes en relación con la situación actual de la reclamante en referencia a si se ha conseguido o no resolver los menoscabos físicos que le provocó la rotura parcial del nervio obturador con motivo de la complicada operación oncológica y así mismo

durante cuánto tiempo ha estado tomando medicación o realizando los ejercicios propuestos por el Servicio de Rehabilitación. Ningún informe médico al respecto ha sido aportado por la reclamante ni se ha hecho ninguna referencia específica a su situación actual.

Informes

A solicitud del instructor del expediente, ha emitido informe el doctor don..., Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del..., de fecha 6 de junio de 2018.

El referido informe en relación con la reclamación presentada por doña..., realiza las siguientes puntualizaciones:

“1. Al entregar el consentimiento informado de la cirugía que está prevista realizar, se intenta explicar lo más relevante de la intervención, en cuanto a los procedimientos quirúrgicos estimados para realizar, así como de las posibles secuelas o lesiones **MÁS FRECUENTES**, que puedan producirse.

2. Tal y como consta en el documento de consentimiento informado que firmó la paciente, en su caso en concreto, que se trata de una cirugía donde los procedimientos están condicionados por los hallazgos quirúrgicos, resulta muy complicado dar una relación completa de todas las potenciales lesiones. Por ello, solemos incidir en las explicaciones de situaciones más probables y condicionantes para las pacientes, como pueden ser el tipo de incisión que vamos a realizar, así como la posibilidad de resecciones intestinales y/o del aparato urológico, o de la extirpación de útero y ovarios, de mayor o menor repercusión según edad de la paciente por sus implicaciones, en esta última situación.

3. En el caso de la paciente, en el contexto de un cáncer de ovario, nos encontramos ante un procedimiento quirúrgico que exige una cirugía de máxima radicalidad, dado que las garantías de éxito (supervivencia de la paciente), se basan en la capacidad de conseguir que no quede enfermedad restante. Y para lograr una cirugía citorreductora óptima (que no quede enfermedad macroscópica residual), lógicamente los riesgos quirúrgicos asumibles deben ser mayores.

4. En el consentimiento informado, que se dio para firmar a la paciente, elaborado por la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) se habla de complicaciones específicas, por orden de frecuencia, señalándose en séptimo lugar las “lesiones vasculares y/o neurológicas”, apartado donde podemos incluir la lesión producida en

esta paciente. Tras una revisión bibliográfica, las cifras estimadas de probabilidad de producirse esta lesión varían entre un 0,2 y un 2% según los diferentes autores. En nuestro Servicio tenemos registradas 3 lesiones de nervio obturador, en un total aproximado de unas 800-900 linfadenectomías pélvicas, lo que viene a constituir un 0,3%. Motivo por el que no informamos específicamente de dicho riesgo (...)

Dictámenes médicos

Indicar que por parte de la reclamante no se ha aportado ningún informe pericial médico, por lo que únicamente se puede hacer referencia al informe médico pericial emitido por el doctor don..., doctor en medicina y cirugía, especialista en ginecología y obstetricia. Socio numerario de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Este informe se hace por encargo de..., entidad que lo hace a instancias de la aseguradora que cubre las responsabilidades patrimoniales sanitarias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Se inicia el informe con el listado de las fuentes en las que se basa el mismo. Continúa con el resumen de la historia clínica y las consideraciones médicas en cuanto al nervio obturador; el cáncer de ovario y el abordaje quirúrgico; el cáncer de endometrio y el análisis de la práctica médica.

Respecto del nervio obturador, que es el que se daña con la cirugía realizada, indica que “se origina de las divisiones anteriores de los ramos ventrales de los nervios lumbares de L1-L4. El nervio proporciona inervación motora a los músculos aductores del muslo. Por dentro del músculo psoas mayor, se extiende a lo largo de la pared lateral de la pelvis menor hasta el canal obturador a través del cual pasa para llegar al muslo. Emite una rama muscular hacia el músculo obturador externo y luego se divide en una rama superficial y una rama profunda. (...). La rama profunda corre a lo largo del músculo obturador externo y luego hacia abajo al músculo aductor mayor inervándolo.

Las lesiones del nervio obturador son raras y cuando existen se manifiestan con dolor de mediana intensidad en el muslo, o bien, como dolor articular. Los pocos casos reportados se ocasionan por compresión por la angulación aguda en la posición dorsal de litotomía; por traumatismo

quirúrgico directo durante resección de nódulos linfáticos pélvicos por laparoscopia; o, por el uso de resinas polimerizantes. Desde el punto de vista ginecológico el nervio obturador se lesiona con más frecuencia en cirugías retroperitoneales de tumores ginecológicos o de endometriosis.

La clínica se caracteriza por limitación en la aducción del muslo con hipoestesia y parestesias en su cara interna, también puede condicionar dificultad en la rotación externa del muslo. Ambas, ocasionalmente pueden condicionar problemas de postura y marcha.

Para la recuperación es esencial un adecuado diagnóstico e identificación de la lesión de forma precoz, especialmente en el momento de la cirugía.

Tiempos de recuperación en Rehabilitación respecto al tipo de lesión:

- Neuroapraxia, lesión de la mielina de 0 a 3 meses.
- Axonotmesis, lesión del axón de 6 a 12 meses.
- Neurotmesis, lesión completa del axón. Recuperación sólo con reparación quirúrgica de 3 a 12 meses; depende del sitio y extensión de la reparación”.

En cuanto al cáncer de ovario y el abordaje quirúrgico se dice en este informe que:

“el tipo de intervención quirúrgica puede facilitar el diagnóstico mediante la evaluación de las características morfológicas macroscópicas del tumor, identificando los signos de alta sospecha de malignidad. La laparoscopia es útil para descartar posibles falsos positivos de la evaluación prequirúrgica, evitando abordajes laparotómicos más agresivos, a la vez que nos permite realizar una biopsia diagnóstica y una evaluación de la susceptible reseccabilidad quirúrgica del tumor. La vía de abordaje quirúrgica dependerá de las habilidades del cirujano, del equipo, de los recursos y de las características de las pacientes. Ante cualquier masa sospechosa y especialmente en la postmenopausia, se recomienda actuar bajo la precaución de un protocolo oncológico y por ello, se consideran maniobras quirúrgicas básicas: la exploración completa de la cavidad abdominal, así como la biopsia o citología de cualquier lesión

sospechosa. El diagnóstico de certeza de malignidad es siempre histopatológico. Para ello se puede practicar: biopsia diferida o intraoperatoria. El abordaje quirúrgico de los aparentes estadios iniciales del cáncer de ovario puede realizarse tanto por laparoscopia como por laparotomía sin que exista un impacto en la supervivencia en función del tipo de abordaje realizado, siempre que se complete la preceptiva estadificación.

El abordaje diagnóstico o terapéutico se puede hacer en un único acto quirúrgico, aunque no es imprescindible. Para ello es necesario disponer de un Servicio de Anatomía Patológica que pueda realizar biopsias preoperatorias y confirmar la malignidad y su estirpe, intraquirúrgicamente mediante congelación. Dicho estudio es de gran importancia ya que dirigirá las acciones quirúrgicas que se realicen a continuación.

En sentido opuesto y especialmente ante abordajes quirúrgicos de mínima invasión, resulta completamente aceptable un diagnóstico histológico en diferido, que además permita informar a la paciente y programar la técnica de estadificación o citorreducción más adecuada.

La laparoscopia puede ser una técnica quirúrgica válida para la valoración de la extensión de la enfermedad (estadificación quirúrgica completa).

En cambio, ante la presencia de carcinomatosis, la sensibilidad y especificidad de la laparoscopia, son elevadas para la valoración de irsecabilidad, pudiendo evitar laparotomías innecesarias que no van a conseguir la citorreducción óptima”.

En cuanto a los procedimientos que se recomiendan para la correcta estadificación del cáncer de ovario se encuentran:

- “- Abordaje quirúrgico amplio: laparotomía (opción preferente) laparoscopia (opción aceptable).
- Cuidadosa inspección intra-abdominal y palpación de todas las superficies peritoneales y mesentéricas: hígado, estómago, vesícula, bazo y riñones.
- Lavado peritoneal para evaluación citológica, preferiblemente por compartimentos anatómicos.
- Omentectomía.
- Apendicectomía (ante sospecha o confirmación de histología de tumor mucinoso).
- Histerectomía total abdominal.
- Anexectomía bilateral.

- Biopsias peritoneales de zonas sospechosas o aleatorias en su defecto (peritoneo vesical, fondo de saco, ambos parietocólicos, fosa ovárica del lado afecto y cúpula diafragmática).
- Liberación y biopsias de adherencias adyacentes al tumor primario.
- Biopsia de cualquier lesión sospechosa.
- Linfadenectomía pélvica y paraórtica, a lo largo de vasos ilíacos, aorta y cava entre arteria mesentérica inferior y vena renal izquierda”.

En relación con el cáncer de endometrio que también presentaba la reclamante, en el informe se dice lo siguiente:

“El cáncer de endometrio es el tumor maligno del tracto genital femenino más frecuente en España y el segundo en mortalidad, tras el cáncer de ovario.

Al hablar de cáncer de endometrio es importante destacar que se están tratando, al menos, dos tipos de tumores distintos no solo histológicamente, sino en su biología, pronóstico y tratamiento”.

Se analiza en el informe el cáncer tipo 1 que es el diagnosticado a la reclamante, de la siguiente manera: “Adenocarcinoma de tipo endometriode, hormonodependiente y desarrollado por la secuencia hiperplasia-carcinoma. Se relaciona con la exposición a estrógenos. Buen pronóstico, en general, y lenta evolución”. El tipo de intervención quirúrgica recomendado es: histerectomía total extrafascial; anexectomía bilateral; linfadenectomía pélvica; linfadenectomía aorto-cava”.

Respecto del análisis de la práctica médica, continúa el informe pericial diciendo:

“Analizamos, a la luz de la bibliografía actual comentada en el capítulo anterior y según los criterios de las guías clínicas actuales en especial la guía clínica de la SEGO, la atención médico sanitaria realizada a Doña... desde el diagnóstico de cáncer de ovario y endometrio hasta su tratamiento y las consecuencias de la cirugía con lesión de nervio obturador.

Doña... fue valorada en el... y tras el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio y masa anexial sospechosa de malignidad fue remitida al Servicio de Ginecología Oncológica de referencia correspondiente al ... en Pamplona. En el contexto de su enfermedad es valorada, ingresada por dolor abdominal y propuesta la cirugía.

Se propone laparoscopia exploradora, con excelente criterio, para valoración de cavidad abdominopélvica y de resecabilidad debido a que, aunque en el TAG no se sospecha carcinomatosis, ésta puede estar presente y consecuentemente en función de la afectación, fundamentalmente si hay afectación miliar del intestino delgado, la cirugía no se puede realizar por no ser candidata a citorreducción primaria por carcinoma de ovario.

Tras evidenciar que existe la masa anexial derecha y el resto de cavidad abdominopélvica libre, se decide laparotomía media y se realiza anexectomía derecha con resultado intraoperatorio maligno. Por este motivo se realiza cirugía reglada de ovario que consiste en este caso en estadificación de la enfermedad realizando histerectomía radical tipo A (por el cáncer de endometrio sincrónico) con anexectomía izquierda, linfadenectomía aortopelvica, omentectomía, biopsias peritoneales y citología-lavado peritoneal.

Por tanto, queda perfectamente reflejado que la cirugía que se realizó fue absolutamente correcta. El criterio de la laparoscopia y posterior laparotomía excelente y acorde a los protocolos actuales.

Por otra parte, resaltar que la cirugía de estadificación-citorreducción por cáncer de ovario no deja de ser una cirugía radical y compleja en la que se realizan procedimientos de elevado nivel de complejidad debido a que existen territorios vasculares muy importantes (aorta, cava, vasos ilíacos y obturadores) donde se ha de realizar exéresis de ganglios linfáticos. Y, por tanto, no está exenta de potenciales complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, las cuales quedan detalladas perfectamente en el consentimiento informado que la paciente entiende y firma. De hecho, en el consentimiento informado que se entrega a la paciente para que lea y firme consta perfectamente que pueden existir, entre otras, lesiones neurológicas.

En este caso se produjo lesión del nervio obturador, límite profundo de la linfadenectomía pélvica (ilio-obturatriz). Aun siendo una lesión poco frecuente, según la literatura científica actual entre un 0,3-6% de todas las linfadenectomías pélvicas, es una lesión que está descrita y probablemente infradiagnosticada en los diferentes estudios. De hecho, por suerte, en el caso de esta paciente, se evidenció la lesión parcial del nervio obturador derecho en el mismo acto quirúrgico por lo que se pudo reparar en el momento. Probablemente gracias a esta identificación de la lesión y sutura inmediata las complicaciones han sido menores que las que podrían haber derivado de sección completa y sin sutura-reparación del mismo.

Ha de quedar claro, como menciono en el apartado anterior, que la cirugía radical ginecológica es una cirugía muy compleja y que precisa un gran nivel técnico para realizarla. Y que, a pesar de ello, en

ocasiones se pueden producir este tipo de complicaciones ya que la cirugía no está exenta de riesgos, que además, en este caso fueron minimizados por la correcta identificación de la lesión parcial del nervio en la misma cirugía.

También es importante destacar que durante los 3 primeros días postquirúrgicos fue valorada por el Servicio de Anestesia por el catéter epidural y queda reflejado en los informes que presentaba parestesias en ambos miembros inferiores, con déficit de movilidad de tercio superior de los mismos, lo que probablemente enmascaró el problema de la movilidad de la pierna derecha. En cualquier caso, con un excelente criterio de nuevo, se solicitó este tercer día de postoperatorio, una interconsulta al Departamento de Rehabilitación para valoración y, por tanto, un diagnóstico temprano de la patología del nervio obturador derecho con el consecuente inicio temprano de ejercicios de rehabilitación para mejoría temprana de esta patología”.

Las conclusiones a las que llega el informe médico pericial son:

“- El tratamiento de la enfermedad de cáncer de ovario y endometrio sincrónico fue adecuado y acorde a los protocolos actuales.

- Las complicaciones derivadas de la cirugía de ovario quedan detalladas en el consentimiento informado que lee y firma la paciente donde se especifica la posibilidad de lesiones neurológicas.

- El diagnóstico intraoperatorio de sección parcial de nervio obturador y la sutura inmediata, probablemente permitió un tiempo de rehabilitación menor.

- La valoración temprana (3º día postoperatorio) por parte del Servicio de Rehabilitación fue esencial para la identificación y resolución del problema”.

Como conclusión final, se dice que “la actuación médica durante el tratamiento del cáncer de ovario y endometrio por parte del Departamento de Ginecología, así como el manejo de las complicaciones de D^a..., fue acorde a la “lex artis”. La lesión del nervio obturador no se produjo por la actuación médico-sanitaria de los profesionales del..., sino como consecuencia de un procedimiento quirúrgico no exento de complicaciones”.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de 18 de mayo de 2018, el instructor dio trámite de audiencia a la interesada por un periodo de 10 días hábiles, para que pudiera formular nuevas alegaciones, aportar los documentos y

justificaciones que estimase pertinentes, dándosele copia de todos los documentos médicos incorporados al procedimiento como son: la historia clínica de doña... relacionada con los hechos objeto de la reclamación, remitida por el Gerente del ...; el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del...; y, por último, el dictamen médico legal realizado por... a instancias de la aseguradora de la Administración.

En virtud del traslado conferido y de la documentación obrante en el expediente, doña..., formaliza en plazo el escrito de alegaciones, reiterando la mala praxis por parte del SNS-O, y la falta de información con vicio del consentimiento en relación con las posibles consecuencias que pudiera tener la intervención quirúrgica a la que fue sometida. Reitera que en la actualidad no se ha repuesto, transcurridos 18 meses desde la intervención, de la rotura del nervio obturador derecho que sufrió a raíz de la misma. Termina su escrito considerando, como ya solicitó en su escrito de reclamación inicial, la obligación de la Administración de indemnizar a la reclamante en los mismos términos, es decir, en la cantidad de 600.000 euros, sin especificar concretamente en qué se basa para solicitar dicha indemnización.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución precedida de un informe jurídico de fecha 12 de noviembre de 2018, de la que es fiel reflejo, desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por doña... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

En su fundamentación se refiere a las conclusiones del informe efectuado por el Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del... y al informe médico legal realizado por... a instancias de la aseguradora de la Administración.

En consecuencia, se propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por doña..., por presuntos daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la intervención quirúrgica de histerectomía total extrafascial con doble anexectomía y linfadenectomía

radical pélvica y paraórtica. Omenectomía suprainframesocólica. Toma de biopsias aleatorias para estudio de extensión y exploración cavidad abdominal practicada en el... teniendo como causa el diagnóstico de “adenocarcinoma endometroide de endometrio grado 2, estadio del adenocarcinoma endometroide de ovario grado 3, estadio Ic”.

Así mismo se considera que procede solicitar dictamen del Consejo de Navarra, ya que de conformidad “con lo dispuesto en el apartado d) del artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, en relación con el artículo 14.1.i) de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, del Consejo de Navarra, procede la solicitud de dictamen preceptivo a este órgano consultivo, al ser el importe de la indemnización reclamada superior a trescientos mil euros (300.000 €).

II. CONSIDERACIONES JURIDICAS

II.1ª. Carácter preceptivo del dictamen

La consulta que se nos efectúa versa sobre una reclamación formulada por doña... por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria, en la que se atribuye la responsabilidad de los mismos al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dependiente de la Administración Foral de Navarra, solicitando una indemnización de seiscientos mil euros (600.000 €).

Por tanto, el dictamen del Consejo de Navarra tiene carácter preceptivo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1.i) de la Ley Foral 8/2016, de 9 junio, sobre el Consejo de Navarra (LFCN).

En consecuencia, de acuerdo con los preceptos citados, este Consejo emite dictamen al ser preceptivo dado que la consulta versa sobre una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a trescientos mil euros (300.000 €).

II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento

La Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), regula en sus artículos

80 y siguientes el procedimiento en materia de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, solicitud de otros informes necesarios, audiencia de los interesados, dictamen del Consejo de Navarra cuando sea preceptivo, propuesta de resolución y por último resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación (artículo 82).

Por otro lado, la determinación del órgano competente para dictar la resolución se atribuye en el artículo 116 de la LFACFN, en los supuestos derivados de responsabilidad patrimonial, a la Presidencia o Dirección de la Gerencia de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención prestada a la reclamante, obrando en el mismo su historial clínico, los informes emitidos por los distintos servicios médicos; así como el informe de la asesoría médica PROMEDE en relación con los hechos objeto de la reclamación. Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de todo lo obrante en el expediente para presentación de alegaciones y de la documentación que estimara necesaria para la defensa de sus intereses, todo ello previo a la propuesta de resolución.

En base a lo anterior, consideramos que en términos generales se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración por asistencia sanitaria: regulación y requisitos

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra, en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrándose su regulación en los artículos 32 a 37 (capítulo IV del título preliminar) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

El punto de partida lo constituye el artículo 32.1 de la LRJSP, a cuyo tenor “los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico que soportar de acuerdo con la Ley.”

“En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas” (artículo 32.2). “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales y económicas que las leyes puedan establecer en estos casos. (...)” (artículo 34.1). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad Social” (artículo 34.2). Los interesados solo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPACAP).

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización; y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la

víctima suficientes para considerar roto el nexo causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

Por su parte, el artículo 77.1 de la LFACFN, dispone que, mediante el procedimiento establecido en la misma, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá reconocer el derecho a indemnización de los particulares por las lesiones que sufran en cualesquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

II.4ª. La relación de causalidad y antijuridicidad del daño: acerca del cumplimiento o no de la “lex artis”

De acuerdo con lo señalado por este Consejo en dictámenes anteriores (entre otros, siendo los más recientes 44/2017, de 30 de octubre, 47/2017, de 16 de noviembre, 6/2018, de 5 de marzo, 34/2018 de 17 de octubre), el sistema real de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario, la traslación del principio de objetividad puede dar lugar a resultados no solo contrarios a un elemental principio de justicia, sino también a la función del instituto indemnizatorio, por ello reiterada jurisprudencia señala que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales a las que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso (SSTS de 16 de marzo de 2005, 20 de marzo de 2007 y 26 de junio de 2008); y, por otro lado, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS de 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no es suficiente para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el ámbito de la Administración sanitaria, en la medida en que no es posible garantizar en toda circunstancia la curación de los enfermos, se viene utilizando como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, a los efectos de determinar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, el criterio de la “lex artis”, pues la obligación del profesional sanitario se concreta en prestar la debida asistencia al paciente.

En este sentido, la STS, Sala 3ª, de 23 de febrero de 2009 - citada en la de 18 de diciembre de 2009 - resume sintéticamente la doctrina en este ámbito, señalando que "la responsabilidad de las administraciones públicas, de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa, se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente.(...) Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4 , de la Ley General de Sanidad y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la Ley 30/1992); nada más y nada menos”.

Continúa diciendo la sentencia que “esta peculiar configuración exige de quien reclama que justifique, al menos de modo indiciario, que se ha producido por parte de las instituciones sanitarias un mal uso de la lex artis. Esta prueba puede ser, como acabamos de indicar, la de presunciones, admitida actualmente en nuestro derecho por el artículo 386 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, de modo que si, a partir de circunstancias especiales debidamente probadas y acreditadas, se obtiene, mediante un enlace preciso y directo conforme a las reglas del criterio

humano, que el daño que sufre el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la *lex artis*.

Por otra parte, la denominada "*lex artis*" se identifica con el "estado del saber", considerando, en consecuencia, como daño antijurídico aquel que es consecuencia de una actuación sanitaria que no supera dicho parámetro de normalidad. En este sentido, el art. 141.1 de la Ley 30/1992 establece que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de los mismos, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos supuestos. Así, la sentencia de 25 abril de 2002 declaró que: "Prestada la asistencia sanitaria con arreglo a la regla de la buena praxis desde el punto de vista científico, la consecuencia de la enfermedad o el padecimiento objeto de atención sanitaria no son imputables a la actuación administrativa y por tanto no pueden tener la consideración de lesiones antijurídicas".

En el presente caso nos encontramos con una reclamación patrimonial en la que se alega negligencia médica por haber dañado el nervio obturador con motivo de la intervención quirúrgica para curar a la reclamante del "adenocarcinoma endometroide de endometrio grado 2, estadio del adenocarcinoma endometroide de ovario grado 3, estadio Ic." que padecía.

Por ello, se hace necesario entrar a analizar la intervención quirúrgica realizada, así como el consentimiento informado que firmó la reclamante con motivo de la operación efectuada.

A) Acerca de la supuesta negligencia médica y si existió o no una vulneración de la "*lex artis*"

La reclamación, como ya hemos dicho, tiene su origen en la existencia de una supuesta vulneración de la "*lex artis*" con motivo de la intervención quirúrgica a la que se sometió a la paciente al presentar una enfermedad oncológica que había que tratar de forma radical. Dicha intervención comportaba unas maniobras complicadas no solo para erradicar el

adenocarcinoma de endometrio y de ovario que sufría, sino también para quitar y posteriormente analizar los posibles ganglios afectados, implicando todo ello importantes dificultades para la consecución de los objetivos curativos y sanitarios en la persona de la reclamante.

Se deduce de toda la información médica obrante en el expediente que la técnica quirúrgica que se efectuó en la persona de la reclamante fue la correcta, teniendo en cuenta la gravedad del diagnóstico y la incertidumbre existente acerca del estadio en que se encontraba su adenocarcinoma endometroide y de ovario, no pudiéndose conocer con certeza, su gravedad y extensión, hasta que no se le efectuó la laparoscopia exploradora para la valoración de la cavidad abdominopélvica y de resecabilidad, puesto que podía haber carcinomatosis. Es al observar que existía masa anexial derecha, es decir cáncer de ovario, cuando se decide por los facultativos la realización de una laparatomía media, lo que dio lugar a una anexectomía derecha (extirpación de ovario derecho) con resultado intraoperatorio maligno. Por ese motivo, se le realizó cirugía reglada de ovario en este caso en estadificación de la enfermedad, procediéndose a la histerectomía radical tipo A (por el cáncer de endometrio sincrónico) con anexectomía izquierda (extirpación de ovario izquierdo), linfadenectomía aortopélvica (extirpación de los ganglios a nivel aorta y pelvis), omentectomía (extirpación del omento [capa que recubre los intestinos, ovario...]) y se le hicieron biopsias peritoneales y citología con lavado peritoneal.

No hay duda de que la cirugía que le practicaron era necesaria a la vista de los resultados de malignidad de las biopsias que le efectuaron y de la masa anexial con la que se encontraron los cirujanos, por lo que, tanto la laparoscopia como la laparatomía efectuadas fueron acordes con las técnicas médicas actuales en relación con la enfermedad detectada en la paciente.

Por lo que indica el informe pericial, al que necesariamente nos remitimos por no haber otro aportado por la reclamante, la cirugía de estadificación-citorreducción por cáncer de ovario es una cirugía compleja y radical en sí misma, puesto que los procedimientos que se utilizan son de un elevado nivel de complejidad al tratarse de una zona donde existen

territorios vasculares muy importantes como son la aorta, la cava, los vasos ilíacos y los obturadores, y, donde hay que realizar exéresis de ganglios linfáticos. La concreta intervención de extirpación de los ganglios, no está exenta de complicaciones tanto durante la intervención como en el postoperatorio, como así sucedió durante cirugía en la que se produjo la lesión parcial del nervio obturador que, aun siendo una lesión poco frecuente dentro de las previstas en las linfadenectomías pélvicas, está descrita como posible en la literatura médica en el contexto de este tipo de operaciones.

Como se indica en los informes médicos relativos a la descripción de la intervención quirúrgica se evidenció dicha lesión parcial del nervio obturador derecho en el mismo momento en que sucedió, lo que supuso su reparación y sutura inmediata, dando lugar a que las complicaciones derivadas de su lesión hayan sido menores o más leves que si hubiera habido una sección completa del nervio y/o una falta de sutura o reparación del mismo.

Hay que destacar además, la importancia que tuvo respecto de la recuperación de la reclamante, la inmediata reparación del nervio parcialmente seccionado, así como que durante los primeros días del postoperatorio fuera vista por el Servicio de Anestesia y se solicitara su valoración y diagnóstico al Servicio de Rehabilitación, pautándole ejercicios para mejorar dicha patología. Esta intervención especializada inicial fue clave para la resolución de la complicación surgida con motivo de la intervención quirúrgica.

Consideramos que la técnica utilizada en la intervención quirúrgica efectuada a la señora..., en base a la documentación obrante en el expediente, fue la correcta empleándose todos los parámetros médicos y mecanismos necesarios para actuar en un diagnóstico como el de "adenocarcinoma endometroide de endometrio grado 2, estadio del adenocarcinoma endometroide de ovario grado 3, estadio Ic.", siendo una operación compleja y radical dado que su objetivo era sanar a la paciente y no dejar ningún residuo de la enfermedad que hubiera podido derivar en un agravamiento de la misma e incluso en un fatal desenlace.

Por ello, y habiéndose cumplido con el criterio de la “lex artis ad hoc”, no puede imputarse ningún tipo de responsabilidad a la Administración sanitaria, debiendo desestimarse, por lo tanto, la reclamación efectuada.

B) Acerca del consentimiento informado

Uno de los elementos del concepto de “lex artis ad hoc” es precisamente el consentimiento informado, que ha sido definido por la jurisprudencia como "(...) el proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación sanitario-usuario administrado, en virtud de la cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario información suficiente: en términos comprensibles, que le posibilita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de las decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, quedando configurado por vía jurisprudencial como elemento integrante del concepto de «lex artis ad hoc» (SSTS de 25 de abril de 1994 y de 24 de mayo de 1995)".

El consentimiento informado tiene como fundamento constitucional el principio de autonomía de la persona para decidir sobre su integridad física, para "autodeterminarse"; facultades que en definitiva derivan del principio de libertad individual y de la dignidad de la persona, reconocido en el artículo 10.1 de la Constitución Española.

Por su interés citamos y reproducimos parcialmente la Sentencia del Tribunal Constitucional número 37/2011 de 28 de marzo, que acerca del consentimiento informado, dice:

“El consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad. Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o

rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal.

Ahora bien, para que esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos. De esta manera, el consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación.

La información previa, que ha dado lugar a lo que se ha venido en llamar consentimiento informado, puede ser considerada, pues, como un procedimiento o mecanismo de garantía para la efectividad del principio de autonomía de la voluntad del paciente y, por tanto, de los preceptos constitucionales que reconocen derechos fundamentales que pueden resultar concernidos por las actuaciones médicas, y, señaladamente, una consecuencia implícita y obligada de la garantía del derecho a la integridad física y moral, alcanzando así una relevancia constitucional que determina que su omisión o defectuosa realización puedan suponer una lesión del propio derecho fundamental”.

En nuestro caso, aparece el documento de consentimiento informado para “exploración de la cavidad abdominal (sospecha de proceso neoplásico, principalmente de ovario), reseñándose concretamente en el apartado 4 epígrafe g) como una de las complicaciones específicas de esta operación “las lesiones vasculares y/o neurológicas”.

Además en los últimos párrafos anteriores a la firma del documento, se dice:

“He comprendido las explicaciones que se han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.”

Aparecen también firmados otros consentimientos informados de otros servicios del ... con motivo de la realización de diferentes pruebas y tratamientos efectuados a la reclamante, que no es necesario mencionar por no tener relevancia en relación con las lesiones que nos ocupan.

El consentimiento informado suscrito por la señora..., resulta suficiente teniendo en cuenta su contenido y, en concreto, en lo que se refiere a las complicaciones que pueden derivarse del acto quirúrgico, que se reflejan en el apartado 4 se señala, acerca de las complicaciones y/o riesgos y fracasos que “toda intervención quirúrgica, tanto por propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad, reseñándose entre las complicaciones específicas de esta intervención quirúrgica por orden de frecuencia la señalada en el apartado g) “lesiones vasculares y/o neurológicas”.

Además se refleja la posibilidad de que se produzcan otras lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales; así como intestinales; complicaciones de mayor extensión y gravedad que los posibles dolores en miembros inferiores o dificultad en la marcha, según lo que refiere la reclamante, por lo que admitidas aquellas, incluso la posibilidad de fallecimiento en el intraoperatorio o postoperatorio, no parece lógico que fuere a incidir en la voluntad de la paciente la posibilidad de que se produzca una de menor relevancia, como la que nos ocupa, también recogida en el documento.

En el supuesto aquí analizado, por tanto, el hecho de que haya acontecido, desgraciadamente, uno de los riesgos de la intervención quirúrgica, no permite estimar o considerar que se haya producido un defecto en la obtención del consentimiento informado de la paciente habida cuenta de la expresión de los riesgos generales y específicos del tipo de intervención a la que la misma iba a ser sometida.

Se ha cumplido por la Administración sanitaria con lo previsto en 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, al exigir en su artículo 8, el previo consentimiento del afectado, libre y voluntario, para toda actuación en el ámbito de su salud, una vez que recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias de su caso. Y el artículo 4 recoge en los términos más amplios, el derecho de los pacientes a conocer toda la información, disponible, sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud.

Por todo ello, consideramos que el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea cumplió con la obligación de informar a la señora... acerca de los riesgos que entrañaba su intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la misma pudieran derivarse.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por doña..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.