

Expediente: 5/2014

Objeto: Solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Dictamen: 7/2014, de 10 de marzo

DICTAMEN

En Pamplona, a 10 de marzo de 2014,

el Consejo de Navarra, integrado por don Eugenio Simón Acosta, Presidente; doña María Asunción Erice Echegaray, Consejera-Secretaria; y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don José Iruretagoyena Aldaz, don José Antonio Razquin Lizarraga y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Alfredo Irujo Andueza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 22 de enero de 2014 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta del Gobierno de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.1, en relación con el artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por don..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

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 Orden Foral 183/2013, de 24 de diciembre, de la Consejera de Salud, por la que se solicita dictamen preceptivo de este Consejo.

El día 17 de febrero de 2014 tiene entrada en este Consejo de Navarra escrito de la Presidenta del Gobierno de Navarra, acompañando documentación complementaria a requerimiento de este Consejo.

I.2ª. Antecedentes de hecho y procedimiento

A) Reclamación de responsabilidad patrimonial

Don..., presentó un escrito, acompañado de diversa documentación, fechado el día 10 de mayo de 2013, dirigido al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en el que formula reclamación de indemnización de daños y perjuicios que cuantifica en 135.137 euros, “más los intereses correspondientes y actualización por I.P.C.”, por defectuoso funcionamiento de los servicios sanitarios.

Se afirma en el escrito de reclamación que el reclamante fue sometido a una “intervención quirúrgica bariátrica (obesidad mórbida-by pass gástrico)”, el 25 de septiembre de 2008, dándosele de alta, después de múltiples problemas, incidencias y complicaciones, el 17 de mayo de 2012. “Lo que iba a ser una operación de estómago, se convirtió en un suplicio para el reclamante permaneciendo hospitalizado 279 días, de los cuales 116 días fueron en Cuidados intensivos, tras lo que acabó con incapacidad para la marcha... Tiene que andar actualmente con muletas, y para trayectos muy cortos con bastón”. Además, como consecuencia de los medicamentos acabó sordo, se le tuvo que colocar un implante coclear, pero no oye bien. Padece una “artrodesis de espalda agravada por infección de candida cronicada”, estando medicado de por vida.

Se aporta un informe del doctor don..., médico de familia y perito experto en valoración del daño corporal, en el que se concluye:

- “El paciente ha tenido una evolución post-operatoria tórpida y plagada de complicaciones. Ha estado ingresado en un primer ingreso hospitalario desde el 23 de Septiembre de 2008 al 18 de Febrero de 2009 y de ellos en Cuidados Intensivos desde el 25 de Septiembre de 2008 al 17 de Enero de 2009”.

- “Durante este ingreso se le realiza el by-pass gástrico en Y de Roux programado el 25 de septiembre de 2008 y posteriormente se le reinterviene el 29 de Septiembre por una dehiscencia anastomótica, el 10 de Octubre se le realiza una traqueostomía, el 14 de Octubre se vuelve a reintervenir realizando adhesiolisis y drenaje de colección abdominal. Tras comprobar una nueva fuga el 23 de Octubre el día 30 se le realiza gastrostomía que no se puede emplear por posible fuga a nivel de cavidad gástrica. Se objetiva colección hidroaérea en hipocondrio izquierdo en TAC y débito de aspecto intestinal-fecaloideo por sonda. Se le reinterviene el 2 de Diciembre de 2008 al producirse un fallo multiorgánico de origen séptico, se encuentra que la sonda drena una cavidad con material fecaloideo, no se pueden identificar anastomosis previas por consistencia previa e inflamación del hipocondrio izquierdo, se le realiza colostomía. El trayecto de la sonda está recubierto de material fungoide”.
- “Así pues se le intervienen 6 veces en este ingreso. Estas intervenciones son consecuencia de fugas sucesivas, colecciones de pus y adherencias”.
- “Se ha mantenido actitud expectante tras realizar prueba con azul de metileno el 23 de Octubre de 2008 y comprobarse su salida precozmente, en el primer minuto. Se le tuvo que reintervenir el día 30 por imposibilidad de nutrición encontrándose cavidad con pus”.
- “Se le realiza nueva prueba con azul de metileno el 7 de Noviembre de 2008 que objetiva salida tardía del mismo. Se realiza TAC el día 18 de Noviembre identificándose dos colecciones que drenan al exterior. Se mantiene salida del contenido alimenticio por gastrostomía. Se vuelve a realizar TAC el día 24 sin cambios respecto al previo, el día 25 se le realiza con contraste. El 27 de Noviembre se realiza hemocultivo en el que se aíslan pseudomona y candida, se inicia tratamiento farmacológico. Tras mantener actitud expectante se le tiene que reintervenir de urgencia el día 2

de Diciembre realizándose una colostomía transversal. Las dos ocasiones que se decidió esperar se tuvo que realizar intervenciones posteriores por mala evolución”.

- “A partir de entonces el paciente va mejorando su situación hasta ser dado de alta y pasar al Hospital... para rehabilitación”.
- “Ha estado ingresado en... desde el 19 de Febrero de 2009 al 6 de Abril de 2009 por Síndrome de inmovilidad tras cirugía bariátrica y shock séptico posterior”.
- “Se ha producido una hipoacusia severa bilateral iatrogénica durante el ingreso del paciente tal como reflejan los informes de ORL y de su médico de familia”.
- “Como consecuencia de la infección por candida que tuvo en el ingreso, bien por la salida de líquido intraabdominal en repetidas ocasiones o bien por infección de catéter (no se adjuntan cultivos del mismo) ha sido ingresado dos veces más por espondilodiscitis fúngica crónica acabando con una artrodesis desde T6 a L5”.
- “En este sentido referir que en el primer ingreso el 3 de Enero de 2009 suspenden anfotericina (tratamiento de la candida) y vancomicina. En hemocultivo crece candida sp, el 15 de Enero de 2009, se vuelve a reinstaurar tratamiento antifúngico con fluconazol 400 cada 12 horas. Este tratamiento ha sido crónico sin llegar a curar la infección”.
- Considera como total de días de ingreso, 279 días.
- Reconociendo que “se han resuelto la colostomía, gastrostomía y la traqueostomía que en su día se realizaron”, valora las secuelas en 42 puntos, “según el baremo ley 34/03, Real Decreto Legislativo 8/2004”, y el perjuicio estético, por cicatrices postquirúrgicas, en 20 puntos.

A la vista de todo ello, se considera por el reclamante que contrajo una infección nosocomial o intrahospitalaria, que no fue atendido debidamente de la infección por el hongo *Candida albicans* que contrajo en el recinto hospitalario, que degeneró en una artrodesis de espalda que se podía haber evitado, que la infección se ha cronificado sin llegarse a curar y que hay infracción de la *lex artis* por no haber evitado que la infección se produjera y una vez detectada por no haberla atajado debidamente.

Lo mismo sucede, según el reclamante, con la sordera adquirida, que tiene como causa los propios medicamentos, según informe médico del Servicio de Otorrinolaringología de 23 de febrero de 2009, donde “al revisar la medicación que se le ha pautado durante su ingreso, se comprueba la existencia de potenciales sustancias ototóxicas”.

Invoca lo dispuesto en los artículos 106.2 de la Constitución, 139.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y añade que no ha habido consentimiento informado al paciente en sus múltiples intervenciones que cumpla los mínimos estándares establecidos, toda vez que resultaba indispensable explicarle en qué consistía exactamente el riesgo, no siendo suficiente que se le manifestara que existía la posibilidad de “quedarse en la mesa de operaciones”, “lo que sí se le dijo, sino todas las complicaciones que podían suceder, incluidas las infecciones nosocomiales, las cuales se ignoraron”.

Finaliza el reclamante su escrito solicitando, como hemos adelantado, una indemnización de 135.137 euros, “más los intereses correspondientes y actualización por I.P.C.”

B) Admisión a trámite

La reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don... fue admitida a trámite por Resolución 25/2013, de 23 de mayo, del Secretario General Técnico del Departamento de Salud. En la misma resolución se designó instructora del expediente, y se informó al interesado de que la tramitación podría implicar acceso a los datos de la historia clínica y de que

el plazo máximo para notificar la resolución es de seis meses, siendo desestimatorio el sentido del silencio. La resolución fue notificada al interesado con fecha de 5 de junio de 2013.

C) Instrucción del procedimiento

El día 20 de mayo de 2013, la instructora del expediente solicitó al Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra copia de la historia clínica relacionada con la asistencia prestada con ocasión de la intervención quirúrgica realizada a don... Solicitó asimismo informes médicos del Servicio de Medicina Intensiva y del Área Clínica de Cirugía.

Por parte del Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario de Navarra, al que pasó el paciente para control, tras la intervención “que transcurre sin incidencias”, se remitieron informe de alta de 19 de enero de 2009, donde se relatan hasta cinco intervenciones urgentes realizadas tras la programada de 25 de septiembre de 2008 y se reseña la evolución del paciente hasta que se produce su alta a planta de hospitalización, así como extracto del anterior informe que incorpora el relato de la evolución del señor Gastón, fechado el 28 de junio de 2013. Tales intervenciones urgentes son las siguientes:

- Intervención de 29 de septiembre de 2008, realizada ante la dehiscencia de la anastomosis gastro-yeyunal, consistente en laparotomía exploradora, drenaje de pus y resutura gastroyeyunal.
- Intervención de 10 de octubre de 2008, “ante la imposibilidad de desconexión de la ventilación mecánica, y de acuerdo con su familia, se realiza traqueostomía quirúrgica”.
- Intervención de 14 de octubre de 2008, ante la ausencia de mejoría y los hallazgos ecográficos que muestran líquido subhepático y en ambas gotieras, se realiza nueva intervención urgente con “liberación laboriosa de adherencias hasta llegar a la zona de anastomosis gastroyeyunal, donde se drena pequeña cantidad de

pus cremoso”. Se libera un bloque adherencial en el espacio inframesocólico.

- Intervención de 30 de octubre de 2008, ante la imposibilidad de nutrición oral/enteral, se decide la realización de gastrostomía quirúrgica y al liberar parcialmente la cara posterior gástrica se encuentra pequeña cavidad con pus.
- Intervención de 2 de diciembre de 2008. Ante la presentación, el 27 de noviembre de 2008, de forma brusca, de taquicardia, taquipnea con espasticidad bronquial y fiebre alta compatible con cuadro bacteriémico, se extraen muestras para bacteriología aislándose “Pseudomona Aeruginosa multirresistente en Bas y Candida en homocultivo iniciándose antibioterapia dirigida”. “En este contexto, el paciente desarrolla disfunción multiorgánica de origen séptico por lo que el 2/12/2008 se decide nueva cirugía urgente. Se observa que el trayecto de la Sonda Foley está recubierto de tejido fungoide en una cavidad objetivándose la salida de material fecal... Se decide realizar colostomía terminal transversa y mantenimiento de la sonda Foley para drenaje”. A partir de entonces evoluciona favorablemente y se termina dando el alta al paciente a planta de hospitalización para continuar la evolución de su proceso.

Con fecha de 6 de agosto de 2013, es el Director del Complejo Hospitalario de Navarra el que envía la información remitida por el Director del Área Clínica de Cirugía, que incluye un informe realizado por la doctora..., donde se indica que el paciente fue intervenido el 25 de septiembre de 2008. De manera previa había sido valorado por la Unidad de Dietética y Nutrición. Tras ser diagnosticado de obesidad primaria mórbida, hipercolesterolemia e hiperglucemia, se instaura tratamiento de dieta hipocalórica. Tras una primera pérdida ponderal de 5,4 kilos en el primer mes, “muestra muchas dificultades para seguir observando la dieta y no logra continuar con la pérdida de peso”. En diciembre de 2006, ante la mala evolución de su obesidad mórbida, se plantea la posible indicación de tratamiento quirúrgico, siendo valorado por psiquiatría. “Se constata que

presenta síntomas de un trastorno alimenticio consistente en atracones con importante ansiedad e impulsividad en el ámbito alimenticio, tipificándose el cuadro como “Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas” y no se consideró indicada, en ese momento, la cirugía bariátrica”. Sin embargo, no siendo la evolución del peso satisfactoria, en agosto de 2007 se decide nuevamente hacer el estudio protocolizado para valorar nuevamente la indicación de cirugía bariátrica. “El paciente fue valorado en la Consulta de Cirugía General, se cursó el estudio preoperatorio, firmó el consentimiento y se introdujo en lista de espera”.

Respecto a este último documento, señala el informe que “como consta en el documento anexo fue informado, consintió y firmó el 21 de Abril de 2008 en la consulta de Cirugía General el consentimiento informado en el que se describen las complicaciones más frecuentes y más graves que pueden existir, entre ellas las fístulas intestinales por mala cicatrización de las suturas que es lo que sucedió, aunque la infección nosocomial no aparece citada en la lista”.

Sigue señalando el mismo informe, respecto del consentimiento informado, lo siguiente:

“La práctica habitual en la consulta era que el paciente firmaba una copia del consentimiento que se adjuntaba a la historia clínica y se llevaba una copia; con el fin de que con más tiempo y calma, pudiera leerlo en su domicilio y preguntarnos todas las dudas que surgieran.

El consentimiento entregado es una copia de los consentimientos elaborados por la Asociación Española de Cirujanos vigentes en aquella época, las copias de éstos se puede descargar de la página web de la AEC; una versión más actualizada de los mismos son los que actualmente están disponibles en Historia Clínica Informatizada”.

Sobre la infección nosocomial indica el informe que la “Candida es... la infección fúngica más frecuente en pacientes críticos no neutropénicos. No existen pruebas para identificación precoz de estos gérmenes. La colonización por Candida está presente en alrededor de las tres cuartas partes de pacientes quirúrgicos”. “La infección sistémica por Candidas en pacientes críticos se asocia a un aumento de la morbilidad y de la mortalidad y aumenta la estancia hospitalaria”. “En el caso que tratamos el primer

aislamiento de un hemocultivo de *Candidas* fue en una muestra extraída el 27 de Noviembre de 2008 y se inició tratamiento con Anfotericina B tan pronto se recibió el informe del cultivo. Sí que previamente se habían aislado *Candidas* en un Urocultivo y liquido de la gastrostomía del 16-11-2008 y en un bronconcoaspirado del (7-10-2008) que fueron valorados como colonización y no como infección”.

Sobre la sordera adquirida, señala el informe:

“En una infección intrabdominal postoperatoria en un paciente alérgico a penicilinas y derivados que hacen imposible de entrada el uso de penicilinas, cefalosporinas, carbapenémicos..., que es el caso del paciente en cuestión; el uso de los aminoglucósidos y de la vancomicina son necesarios para el control de la infección y son los antibióticos de elección. Estas pautas son habituales en este tipo de pacientes y la hipoacusia no es una complicación habitual”.

Como conclusión, finalmente, se indica que “tanto la infección nosocomial y la hipoacusia son consecuencia de la dehiscencia anastomótica que presentó el paciente en el postoperatorio del by-pass intestinal para el tratamiento de la obesidad mórbida. Esta complicación está reflejada en el consentimiento informado que el paciente firmó el 21 de Abril de 2008 en la consulta de Cirugía General conforme a la *lex artis*”.

Se aporta como anexo al informe referido el documento de consentimiento informado de 21 de abril de 2008 en el que don... declara que el cirujano general, don..., le ha explicado que es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de la obesidad, para conseguir la pérdida de peso que no se ha podido tratar por medios convencionales y que le producen complicaciones hemodinámicas, vasculares, pulmonares, endocrinas u osteoarticulares. Se explica que “se va a reducir la capacidad el estómago o desviar el alimento en el intestino de forma que no va a pasar por todas sus partes, o ambas cosas. Con esto se intenta disminuir el volumen de alimento que preciso para encontrarme satisfecho, una disminución en la absorción de nutrientes o ambas cosas”. “Comprendo que... pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida

quirúrgica. Flebitis. Alteraciones digestivas transitorias. Retención aguda de orina. Derrame pleural. Dolor prolongado de la zona de operación. O poco frecuentes y graves: Infección y sangrado intraabdominal. Fístulas intestinales por fallo de la cicatrización de las suturas. Alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos. Déficits nutricionales. Pérdida excesiva de peso. El médico me ha explicado que estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico... pero puede llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad... También me ha indicado de la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas... que por mi situación... puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones... El médico me ha explicado que existen alternativas de tratamiento, siendo ésta la más eficaz... He comprendido las explicaciones que me han facilitado en 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... estoy satisfecho con la información recibida y... comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento”.

Con fecha de 28 de agosto de 2013 se remite a la instructora la historia clínica de don.... Constan en la misma las hojas de “comentarios, evolución y tratamiento” de la UCI. Destacamos las correspondientes con las fechas de las distintas intervenciones de urgencia realizadas. El día 30 de septiembre de 2008 se anota, entre otras cosas, lo siguiente: “evolución postoperatoria tórpida con insuficiencia respiratoria, arritmias auriculares... El día 28 se realiza TAC abdominal ante la evolución del enfermo, encontrando: derrame pleural bilateral más bromograma aéreo... El día 29 de septiembre ante la persistencia del empeoramiento clínico del paciente se decide cirugía urgente...”. El día 11 de octubre de 2008 se anota: “Practicada ayer traqueotomía sin incidencias”. Con fecha de 14 de octubre de 2008, se puede leer, a las 11 horas: “Se decide IQ para... limpieza de las peritonitis purulentas. Pasa a quirófano de urgencias a las 11”. El día 30 de octubre se alude a la “necesidad de nueva IQ, para realizar gastrostomía... ante la perspectiva de continuo drenaje purulento... El cirujano habla con el paciente y le comenta la situación”. Al día siguiente consta anotado: “Ayer la IQ para colocación de gastrostomía... En cara posterior se encuentra

pequeña cavidad con pus...” Finalmente, el 2 de diciembre de 2008 se relata la inestabilidad hemodinámica del paciente, su respiración asistida, su fracaso renal agudo, entre otras situaciones, y a las 11 horas “comentado el caso con cirugía general, se decide cirugía urgente. Avisada la familia y anestesia”.

También ha dictaminado sobre este caso la asesoría médica “...” (en adelante,...), a solicitud de la compañía... En el informe de..., suscrito por cuatro especialistas en cirugía general y digestivo, se realiza un detallado examen de los antecedentes. Se extiende también el informe en unas consideraciones médicas, en las que se indica, entre otras cosas, lo siguiente:

- “La necesidad de cirugía bariátrica era cierta”, al estar el paciente diagnosticado de “OM con IMC de 45”.
- “Antes de la cirugía firmó los documentos de CI”, donde se detallan “algunas de las posibles complicaciones del procedimiento, entre ellas se describen algunas de las que posteriormente presentó el paciente. Este documento es el recomendado por la AEC”.
- “La cirugía se lleva en tiempo y forma correctos... En el postoperatorio pasó a la UCI... Es reintervenido de urgencia apreciándose una dehiscencia de la anastomosis gastro-yeyunal, que se repara de acuerdo con el estado de la ciencia... A partir de ese momento presenta una evolución tórpida con fístulas persistentes de la anastomosis que son tratadas en tiempo y forma correctos, a medida en la que fueron surgiendo. Igualmente en base al tiempo prolongado de estancia en la UCI presenta una infección nosocomial, entre ellas una sobreinfección por Candida Albicans, (CA)” que “se produce en pacientes debilitados inmunodeprimidos con largo tratamiento de antibióticos, sin que existan tratamientos profilácticos efectivos para intentar su prevención... Tras una estancia prolongada en la UCI y múltiples reoperaciones el paciente pasó a planta presentando debilidad de miembros inferiores que imposibilitaban la deambulacion así como sordera bilateral, influida

por la necesidad de drogas con potencial ototóxico, pero absolutamente necesarias para combatir la infección, en base a la alergia del paciente a cierto tipo de antibióticos”.

Finalizan las consideraciones del informe de... con una serie de conclusiones que resulta oportuno transcribir. Son las siguientes:

1. “El paciente ingresa de forma electiva para cirugía de la OM en el Servicio CGD, del HVC de Pamplona.
2. La indicación quirúrgica es correcta, al estar dentro del grupo de obesos mórbidos con IMC de más de 45.
3. Los preoperatorios eran correctos y no descartaban la cirugía. Riesgo anestésico ASAIII.
4. Antes de la cirugía firmó el documento de CI para cirugía bariátrica, recomendado por la AEC. En el mismo se detallan algunas de las posibles complicaciones del procedimiento, entre ellas se describen algunas de las que posteriormente presentó el paciente.
5. La técnica realizada, By-pass gástrico, es correcta. Se comprueba su resultado en el intraoperatorio de forma adecuada, sin evidenciarse complicaciones inmediatas.
6. En el postoperatorio, la evolución es desfavorable, diagnosticándosele una dehiscencia de sutura mediante TAC al 4º día, motivo por el cual es intervenido de urgencia, en la cirugía se aprecia la existencia de una dehiscencia de la cara anterior de la anastomosis gastro-yeyunal.
7. Posteriormente pasó a la UCI en donde presentó una serie de complicaciones que requirieron varias cirugías más, para tratar de solucionar la sepsis intraabdominal por fístula persistente.
8. La incidencia global media de fuga en cirugía bariátrica está en torno al 3%. Existen factores independientes relacionados con la

fuga como son la hipertensión, diabetes mellitas, apnea del sueño, edad >65 años, obesidad androide, IMC > 50 y el tipo de técnica.

9. La infección por CA se produce en pacientes debilitados inmunodeprimidos con largo tratamiento de antibióticos, sin que existan tratamientos profilácticos efectivos para intentar su prevención.
10. Tras una estancia prolongada en la UCI el paciente pasó a planta presentando debilidad de miembros inferiores que imposibilitaban la deambulación así como sordera bilateral, influida por la necesidad de drogas con potencial ototóxico, pero absolutamente necesarias para combatir la infección.
11. Se pusieron a disposición del paciente todos los recursos hospitalarios disponibles.
12. En base a la documentación analizada, se puede concluir que la actuación del equipo médico es en todo momento acorde a la *lex artis* y se ciñe a los estándares internacionales establecidos para el manejo de esta patología”.

D) Trámite de audiencia y alegaciones

El día 30 de octubre de 2013, la instructora del expediente acordó abrir trámite de audiencia para que el interesado pudiese formular nuevas alegaciones y presentar otros documentos y justificaciones, facilitándole copia de los informes y dictámenes incorporados al procedimiento, así como de la historia clínica y documento de consentimiento informado.

Mediante escrito de 18 de noviembre de 2013, el reclamante formuló escrito de alegaciones, en el que manifestó:

Respecto al consentimiento informado, que no constaba ningún otro consentimiento para las reintervenciones, que la infección nosocomial no aparecía en la lista de complicaciones frecuentes, siendo así que la

infección por candidas es una de las infecciones fúngicas más frecuentes según el informe del Área de Cirugía General.

Sobre la sordera adquirida, tras ponerse en boca del anterior informe lo que en realidad son manifestaciones del escrito inicial de reclamación, se señala que podía haberse evitado “si se hubieran valorado alternativas farmacológicas”.

Con relación al informe de..., que reconoce que no se contemplaban en el consentimiento informado todas las complicaciones que surgieron.

Finalmente, y respecto al informe del Servicio de Medicina Intensiva, considera que es “muy completo y detallado”.

Termina manteniendo la procedencia de la reclamación.

E) Propuesta de resolución

En el expediente figura un informe jurídico formulado por la instructora del procedimiento, con el visto bueno del Jefe de la Sección de Asistencia Jurídica al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de 11 de diciembre de 2013.

Se ha incorporado asimismo el texto de la propuesta de resolución que, en su caso, dictará el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de acuerdo con el contenido del informe formulado por la instructora. En ella se examinan los informes médicos obrantes en el expediente y se rechazan las alegaciones formuladas por los interesados, considerándose que “la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea fue plenamente adecuada y de acuerdo con la lex artis ad hoc, además de haber sido explicada, y contando con el consentimiento del reclamante, por lo que procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial”.

En orden a la alegación del reclamante de que no consta ningún consentimiento para las reintervenciones, invoca lo dispuesto por los artículos 49.1 y 50 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos

y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, precisando que todas las ellas fueron “realizadas de forma urgente, y por lo tanto excepcionadas de la necesidad de consentimiento informado”.

“Respecto a que la infección nosocomial no aparece en la lista de complicaciones frecuentes y que la sordera adquirida tiene como causa los propios medicamentos que se le administraron, la propia doctrina de la Sala 3ª del Tribunal Supremo en sentencia de 12 de septiembre de 2012 cita que el consentimiento informado no alcanza riesgos atípicos”.

Finaliza considerando que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, concluyendo que la asistencia sanitaria prestada se ajusta a la *lex artis*, procediendo la desestimación de la reclamación.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen

La presente consulta versa sobre una reclamación presentada por don... por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Es ésta una consulta, en un expediente de responsabilidad patrimonial, de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1 letra i) de la LFCN ordena que se consulte al Consejo de Navarra en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN) establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes; solicitud de informes necesarios; audiencia del interesado,

dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite este dictamen con carácter preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

II.2ª.Competencia y tramitación del expediente

En orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN, la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Por lo que respecta a la tramitación del presente procedimiento, ha de precisarse que no consta en el mismo la resolución de ampliación del plazo del órgano competente para resolverlo. No obstante ello, y como quiera que el transcurso del plazo de seis meses establecido en el artículo 82.2 de la LFACFN para resolver el procedimiento no lleva consigo la caducidad del expediente, sino que con ello se faculta al interesado para entender desestimada su petición, tal y como dispone el artículo 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, puede adoptarse por la Administración la resolución que se estime oportuna.

Se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada al reclamante, constanding además los informes emitidos por los distintos servicios médicos intervinientes en la atención prestada al paciente, el dictamen de... y el presentado junto con la reclamación.

Se ha respetado, además, el principio de audiencia y el derecho de defensa que corresponde al reclamante otorgándole la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y

presentación de documentos que estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la formulación de la propuesta de resolución.

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

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos, contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (capítulo I del título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”), lo cual supone la inclusión,

dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista 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 de causalidad (como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

II.4ª. En particular, la antijuridicidad del daño y el cumplimiento de la *lex artis*

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “sólo 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 existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo ha señalado en numerosos dictámenes (por todos, el dictamen 10/2013, de 9 de abril), el sistema legal 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 mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio. Por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación

de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que será preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

“La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994 , que cita las de 19 enero y 7 junio 1988 , 29 mayo 1989 , 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993 , según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *Lex Artis* como modo de determinar cual es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del

paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la *lex artis* y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se apoya en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (*lex artis*). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la "*lex artis*" (STS de 13 de julio de 2007).

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuridicidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la “*lex artis ad hoc*”; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991). Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

Del informe del Área Clínica de Cirugía del Complejo Hospitalario de Navarra al que nos hemos referido con anterioridad se desprende que la intervención de cirugía bariátrica que se realizó al paciente, el 25 de septiembre de 2008, se efectuó tras la realización de los correspondientes estudios protocolizados y después de comprobar la mala evolución de su obesidad mórbida. Tal intervención se desarrolló “sin incidencias” y es durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos cuando comienzan a surgir una serie de complicaciones, reseñadas en el informe del Servicio de Medicina Intensiva, que obligan a la realización de hasta cinco intervenciones de urgencia.

Considera el reclamante que contrajo una infección nosocomial o intrahospitalaria, que no fue debidamente atendido de la infección y que ello degeneró en una artrodesis de espalda que se podía haber evitado, que la infección se ha cronificado y que hay infracción de la *lex artis* por no haberla evitado y no haberla atajado debidamente.

A su juicio, por otra parte, la sordera que padece tiene como causa los propios medicamentos que se le suministraron, con presencia de sustancias ototóxicas.

Respecto de la infección nosocomial, ha de señalarse con el informe del Área de Cirugía General que “no existen pruebas para la identificación precoz de estos gérmenes”, y precisa el informe médico de... que tal infección “se produce en pacientes debilitados inmunodeprimidos con largo tratamiento de antibióticos, sin que existan tratamientos profilácticos efectivos para intentar su prevención”, razón por la cual no cabe entender, en principio, que la contracción de esa infección derive de una mala praxis, y sin que del informe aportado por el reclamante quepa extraer otra conclusión, toda vez que éste no realiza ninguna imputación de responsabilidad, sino que se limita a relatar la, efectivamente, tórpida y plagada de complicaciones evolución del paciente, estableciendo sus secuelas con la consiguiente valoración según el correspondiente baremo legal.

Con relación a la sordera, señala el informe del Área de Cirugía Clínica que el uso de la medicación prescrita era necesario “para el control de la infección”, siendo los “antibióticos de elección”..., por su parte, considera con respecto a la “necesidad de drogas con potencial ototóxico” eran “absolutamente necesarias para combatir la infección”. Estas consideraciones no aparecen desvirtuadas en el informe médico aportado por el reclamante.

Con esos datos referidos a la infección nosocomial y a la sordera no cabe entender que se produjera infracción de la *lex artis*, ni en la intervención inicial, ni en el tratamiento postoperatorio.

II.5ª. Consentimiento informado

Como advierte la STS (Sala Primera) de 10 de mayo de 2006, el deber de información integra una de las obligaciones asumidas por los médicos, y es requisito previo a todo consentimiento. Se trata -afirma- de que el paciente participe en la toma de decisiones que afecten a su salud y de que, a través de la información que se le proporciona, pueda ponderar la posibilidad de sustraerse a una determinada intervención quirúrgica, de contrastar el pronóstico con otros facultativos y de ponerla en su caso a cargo de un centro o especialistas distintos de quienes le informan de las

circunstancias relacionadas con la misma. “La falta de información -continúa el TS- implica una mala praxis médica” que no sólo es relevante desde el punto de vista de la imputación, sino que es además una consecuencia que la norma procura que no acontezca, para permitir que el paciente pueda ejercitar con cabal conocimiento el derecho a la autonomía decisoria más conveniente a sus intereses, que tiene su fundamento en la dignidad de la persona. No puede aceptarse –concluye esta sentencia- que en los casos en que no es posible optar por otra alternativa distinta al tratamiento, queda enervada la obligación de informar y obtener el consentimiento informado previo a la intervención pues la actuación decisoria pertenece al enfermo y afecta a su salud.

El defecto de consentimiento informado –sostiene la sentencia de la sección sexta de la Sala Tercera, del Tribunal Supremo de 20 de septiembre de 2005-, se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario que da lugar a la indemnización correspondiente cuando de la actuación del servicio público sanitario derivan secuelas de cuya posibilidad no fue informada la paciente (en el mismo sentido, entre otras, SSTS 2 de octubre de 1997, 3 de octubre de 2000 y 4 de abril de 2006).

La regulación del consentimiento informado se ha visto reforzada por 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. Su artículo 2.2 establece: “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos por la Ley”. Por su parte, el artículo 8, bajo la rúbrica de “consentimiento informado”, manifiesta en sus tres primeros apartados: “1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes:

intervención quirúrgica... 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo...”. Y, el artículo 9.2.b), en relación con los límites del consentimiento informado, precisa que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

A la Ley anterior, que tiene condición de básica -según su disposición adicional primera-, en Navarra se debe añadir la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos de los pacientes a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica, vigente hasta su derogación por la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en Navarra, cuyo artículo 7 -bajo el epígrafe “El consentimiento informado”- preceptúa que “cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, tras haber sido previamente informada... Dicho consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas...”. Y, su artículo 8.1 b), precisa: “Son situaciones de excepción a la exigencia general del consentimiento que permiten realizar las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud de la persona afectada: (...) b) Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento no es posible conseguir la autorización de éste o de personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho”. En la actualidad, son los artículos 49.1 y 50.1.b) de la Ley Foral 17/2010, antes citada, los que contienen idénticas determinaciones.

En el caso presente, hemos de referirnos, forzosamente, al documento de consentimiento informado suscrito por el paciente el 21 de abril de 2008, donde se manifiesta tener conocimiento del tratamiento quirúrgico y se hace

expresa referencia a los siguientes posibles efectos indeseables y graves que pueden presentarse: “Infección y sangrado intraabdominal”, “Fístulas intestinales por fallo de la cicatrización de las suturas”, explicándose por el médico que estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico... pero “puede llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad”.

En el informe del Área Clínica de Cirugía, se considera que en tal documento de consentimiento informado “se describen las complicaciones más frecuentes y más graves que pueden existir, entre ellas las fístulas intestinales por mala cicatrización de las suturas que es lo que sucedió”, aunque la “infección nosocomial” como tal “no aparece citada en la lista”.

En parecido sentido se manifiesta el informe de..., al señalarse que antes de la cirugía “se firmó el documento de CI para cirugía bariátrica, recomendado por la AEC”, detallándose en el mismo “algunas de las posibles complicaciones del procedimiento” y describiéndose “algunas de las que posteriormente presentó el paciente”.

El informe aportado por el reclamante nada señala respecto al consentimiento informado.

A la vista de todo ello hemos de considerar que en el documento de consentimiento informado se hacía expresa referencia a la “infección y sangrado intraabdominal”, y a las “Fístulas por fallo de la cicatrización”, con lo que se realizó una expresa advertencia acerca de la posibilidad de contraer infecciones como la que posteriormente se presentó.

Acercas de un documento de consentimiento informado prácticamente idéntico y con relación a una intervención del mismo carácter, trata la sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 29 de marzo de 2004, dictada en el recurso de apelación 627/2003. Tras calificar a la intervención como “de alto riesgo” analiza el consentimiento informado prestado, en el que se señalaba: “Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que puede

afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes: infección o sangrado de herida quirúrgica, flebitis, alteraciones digestivas transitorias, infección aguda de orina, derrame pleural, dolor prolongado en la zona de la operación, o pocos frecuentes y graves: infección o sangrado intraabdominal, fístulas intestinales por deficiente cicatrización de las suturas, alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos, déficit nutricionales, pérdida excesiva de peso, estrechez de la anastomosis fallo del procedimiento con no reducción del peso. El medico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad. El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa de tratamiento más que la cirugía ya que han fallado los métodos convencionales.”

Según la misma sentencia, se deduce de lo expuesto que “todas las complicaciones estaban contempladas, incluso la necesidad de una segunda intervención, respecto de la cual se anunciaba que en ese caso incluía riesgo de mortalidad... En consecuencia, el documento de consentimiento informado es impecable, ya que prevé todas las posibles complicaciones; asumiendo la paciente el riesgo que suponía la intervención, riesgo que se hizo efectivo por las complicaciones, de hemorragia, infección y dehiscencia de sutura.”

Queda por examinar si la falta de documento firmado de consentimiento informado para las intervenciones de urgencia realizadas con posterioridad ha de tener alguna trascendencia o no.

Ninguno de los informes médicos a los que nos venimos refiriendo hace expresa consideración acerca de la inexistencia de documentos de consentimiento informado para las reintervenciones que le tuvieron que ser

realizadas al paciente durante su estancia en la UCI. Ni tan siquiera se refiere a ello el informe acompañado a la reclamación formulada. Es el propio informe del Servicio de Medicina Intensiva el que nos pone de manifiesto en todas y cada una de las intervenciones que se realizaron que se efectuaron de forma “urgente”, para solucionar infecciones, fístulas, dehiscencias de suturas, etc., precisándose en una de las ocasiones (realización de traqueostomía quirúrgica) que se actúa “de acuerdo con su familia”. Tales intervenciones urgentes aparecen comentadas o anotadas, asimismo, en las hojas correspondientes de la historia clínica del mismo Servicio. Como hemos visto, las mismas están en correspondencia con lo reflejado en el informe antedicho y reflejan la situación del paciente inmediatamente antes de las intervenciones. Constan, asimismo, manifestaciones tales como “el cirujano habla con el paciente y le comenta la situación”, o “avisada familia”. A falta de más datos, teniendo en cuenta que estamos ante un paciente ingresado en la UCI durante largo tiempo, que se trataba de afrontar problemas graves de infección derivados de la intervención quirúrgica a la que había sido sometido y que, además, se han demostrado eficaces para solventar la grave situación en la que se encontraba el enfermo; y, finalmente, que siempre se ha tenido que actuar de urgencia, entendemos que nos encontramos, a falta de cualesquiera otras pruebas, ante el supuesto de situación de riesgo inmediato grave a que se refieren tanto la Ley Foral 11/2002, como la Ley Foral 17/2010, razón por la cual no cabe hablar de infracción de la *lex artis* ni, en consecuencia, de daño antijurídico.

III. CONCLUSIÓN

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

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.