

Expediente: 46/2015

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

Dictamen: 9/2016, de 25 de enero

DICTAMEN

En Pamplona, a 25 de enero de 2016,

el Consejo de Navarra, integrado por don Eugenio Simón Acosta, Presidente, don Alfredo Irujo Andueza, Consejero-Secretario, y los Consejeros doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Iruretagoyena Aldaz, don José Antonio Razquin Lizarraga, doña Socorro Sotés Ruiz y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don José Iruretagoyena Aldaz,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 3 de diciembre de 2015 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral 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 lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial presentado por don..., en representación de doña... e hijos, por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

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 321/2015, de 19 de

noviembre, del Consejero de Salud, por la que solicita dictamen preceptivo de este Consejo de Navarra.

I.2ª. Antecedentes de hecho y procedimiento tramitado

A) Reclamación de responsabilidad patrimonial

El 27 de marzo de 2012 don..., actuando en nombre y representación de doña..., don..., doña... y don..., viuda e hijos de don..., fallecido el 21 de febrero de 2012, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos cuantificándolos en 180.000 euros.

En el escrito de reclamación se indica que don..., en 1994 y a los 40 años de edad, fue diagnosticado de una insuficiencia renal crónica secundaria a una hipertensión arterial maligna acelerada con nefroangiosclerosis, siendo desde entonces tratado por el Servicio de Nefrología en el Centro de... Posteriormente, en septiembre de 2002 el paciente pasó a consulta de pre-diálisis por alcanzar niveles muy altos de creatinina y durante los últimos meses de 2002 y primeros de 2003 le colocaron tres fístulas arteriovenosas para la diálisis sin que ninguna de ellas fuera funcionante.

En el año 2003 se incluyó al paciente en lista de espera para trasplante renal y, en el mes de enero de 2004, fue llamado para practicarle el trasplante en la..., con cargo al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Una vez en el quirófano “al abrir al paciente para practicarle el trasplante de riñón, se descubrió un aneurisma que afectaba a la aorta abdominal y a la arteria iliaca común. Se consultó con cirugía cardiovascular, decidiéndose no realizar el trasplante prometido”. A las pocas semanas de la intervención “se le informó al paciente que se le había causado una eventración posquirúrgica, causada por la laparatomía practicada para el fallido trasplante, la eventración fue creciendo de tamaño hasta hacerse gigante, pero a pesar de los reclamos de la familia y del propio paciente al Hospital..., ni le intervinieron de la eventración, ni le proponían nuevo trasplante, previa corrección de aneurisma, ni les daban ninguna solución. Así pasaron dos

años más, con nuevos intentos fracasados de practicarle al paciente fistulas arteriovenosas para la diálisis, que luego resultaron no funcionantes”.

En el mes de marzo de 2006, tras el cambio de especialista de nefrología a petición de la familia por no estar conforme con la asistencia que se le estaba prestando, el paciente fue de nuevo reevaluado en la... para la práctica de un posible trasplante renal, “descartándose dicho trasplante hasta que se le corrigiera quirúrgicamente la eventración gigante que se le había causado (...). En el mes de noviembre de 2006, tras más de dos años padeciendo la eventración, se le intervino quirúrgicamente por parte del S^o de Cirugía General de la..., colocándole una malla para corregir la eventración”.

Entre tanto, dice el reclamante, la nefropatía crónica avanzada del paciente había ido empeorando y, en el mes de agosto de 2008, finalmente, el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital... le colocó una “fístula arteriovenosa humero cefálica” en el brazo izquierdo que funcionó, “entrando en el programa de hemodiálisis en julio de 2009”.

El reclamante manifiesta que durante ese tiempo “al paciente y a su familia se les iba indicando que el aneurisma no era quirúrgico, y que, mientras siguiera teniendo el aneurisma, no se podía practicar el trasplante. Con el paso del tiempo, al candidato se le diagnosticó también una arteriopatía periférica en las extremidades inferiores, que evolucionó a mejor tras la práctica de un “by-pass aorto-femoral” en la extremidad derecha en el mes de enero de 2011”.

Continúa señalando el escrito de reclamación que “tras las persistentes reclamaciones del paciente y su familia, dado el abandono que estaba sufriendo el paciente a lo largo de todos estos años, finalmente consiguieron que fuera enviado al Hospital... de Barcelona, para que estudiaran allí su caso y ver si le podían realizar el trasplante. En el Hospital... de Barcelona le indicaron que el trasplante era perfectamente factible, que se podía corregir el aneurisma y se podía hacer el trasplante, pero que se debía de haber corregido el aneurisma muchos años antes, que ahora el paciente llegaba en una situación clínica muy deteriorada... Primero se intervendría el aneurisma

de aorta y después se practicaría el trasplante, pero dada la situación actual del paciente, el riesgo era elevado”.

El paciente ingresó en el Hospital... de Barcelona el 9 de febrero de 2012 para ser intervenido del aneurisma de aorta al día siguiente. Tras la intervención surgieron complicaciones produciéndose primero una “isquemia medular” que le causó parálisis de los miembros inferiores y, a los pocos días de la intervención, se detectó un empeoramiento clínico del paciente, diagnosticándole una “perforación intestinal, de la que fue intervenido. Don... evolucionó hacia un fallo multiorgánico, falleciendo el 21 de febrero de 2012, a los 57 años de edad.”

Tras la narración del relato fáctico anterior, al que acompaña diversos informes médicos, el reclamante, en su fundamentación jurídica, cita el artículo 43 de la Constitución que reconoce el derecho a la protección de la Salud, derecho que fue regulado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, citando el artículo 3.1 que dispone que los medios y actuaciones del sistema sanitario están orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades añadiendo que, conforme al artículo 6, las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias deben estar encaminadas a la prevención de las enfermedades y no sólo a su curación. Cita, igualmente, el artículo 38.1.a) y b) del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y los artículos 12.3 y 16.b) de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.

Por lo que se refiere a la regulación sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, con cita del artículo 106 de la Constitución y 139 y siguientes 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), indica que se trata de una “responsabilidad directa y, como tal, supera el simple sistema de cobertura de los daños causados por actos ilícitos o culpables del funcionario o agentes de los entes públicos, ya que prescinde del elemento tradicional de ilicitud o culpa, para articularse como una responsabilidad puramente objetiva”. Argumenta que para

apreciar responsabilidad administrativa y que surja el deber de reparación íntegra de los daños es necesario la concurrencia de los siguientes requisitos:

“1.- La efectiva realidad de un daño, evaluable económicamente y en relación a una persona determinada. El daño se ha producido y ha quedado individualizado en el fallecimiento de don..., por anormal funcionamiento del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS).

2.- Que el daño o lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. El fallecimiento del paciente fue al final consecuencia del funcionamiento anormal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

3.- La concurrencia de un nexo causal directo e inmediato entre el actuar imputable a la Administración y la lesión producida; relación de causalidad exclusiva, es decir, sin inmisiones o interferencias debidas a terceros o a la propia lesionada. No ha habido interferencias o inmisiones que rompan el nexo causal entre el anormal funcionamiento de la Administración Sanitaria y el fallecimiento del paciente.

4.- Antijuridicidad del daño o lesión. En el sentido de no tener la esposa y los hijos -todos reclamantes- el deber jurídico de soportar el fallecimiento de su esposo y padre al no existir una causa de justificación que legitime ese óbito.”

Finalmente, el recurrente cuantifica en 180.000 euros los daños y perjuicios que han sido causados a sus representados y que reclama al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

B) Instrucción del procedimiento

En el expediente no consta resolución ni escrito sobre la admisión de la reclamación, ni de los efectos legales inherente a la misma. La instrucción, en relación con el expediente 17367/2012 referente a don..., comienza el 3 de septiembre de 2012 mediante la emisión, a petición de la Sección Jurídica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de un informe por el

médico adjunto de la Unidad B del Servicio de Nefrología (antiguo...), en el que transcribe y adjunta el informe emitido el 24 de abril de 2007, cuando el paciente solicitó el traslado a la Unidad de Nefrología (antiguo...), en el que de modo esquemático se recogen por fechas las diferentes actuaciones realizadas por los diferentes servicios médicos a don...

Posteriormente, el Director del..., con fecha 11 de septiembre de 2012, remite a la Sección de Asistencia Jurídica la historia clínica del paciente a la que se adjunta la relación de informes emitidos por los diferentes servicios médicos relacionados con la asistencia sanitaria del paciente desde el 3 de mayo de 2004 y hasta el 19 de septiembre de 2012.

Igualmente se aportaron, y obran en el expediente administrativo remitido, una amplia relación de documentos en los que el paciente otorgaba su consentimiento para la práctica de diferentes actuaciones médicas que le fueron prestadas en su momento, así como los informes del Servicio de Anestesia y Reanimación evaluando los riesgos del paciente para la práctica de las intervenciones a las que fue sometido.

Se han incorporado al expediente informes del Servicio de Nefrología de la... en relación con el proceso de "reevaluación" de lista de espera de trasplante renal en situación de prediálisis.

El 8 de septiembre de 2012, a petición de la Sección de Asistencia Jurídica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, emitió informe el Jefe del Servicio de Nefrología de la Unidad A del..., relatando esquemáticamente las actuaciones y el seguimiento realizado al paciente desde que fue transferido del antiguo Hospital...

De los informes médicos y de la historia clínica incorporados por la Administración al expediente, así como de los propios informes aportados por el reclamante, deben destacarse los siguientes datos relevantes, a efectos del análisis y enjuiciamiento de la reclamación formulada.

Don..., en 1994, a los 40 años de edad, ingresó en la UCI por insuficiencia cardíaca izquierda por hipertensión arterial maligna, acelerada

con insuficiencia renal severa (Pcr=4,5 mg/dl), hiperuricemia, hipercolesterolemia, colelitiasis e hiperparatiroidismo secundario. El paciente fue seguido en consulta externa con tratamiento de polimedicación hipertensora hasta el mes de septiembre de 2002 que pasa a consulta de prediálisis al tener una creatinina de 5,2 mg/dl. Al paciente se le solicitó la implantación de una fístula arteriovenosa para diálisis peritoneal que resultó fallida hasta en tres ocasiones. Se desestima la diálisis peritoneal y el servicio de nefrología se decanta por la hemodiálisis como tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal.

En abril de 2003 se solicita que el paciente quede incluido en lista de espera para trasplante renal preventivo de cadáver, quedando incluido en la lista en el mes de mayo de 2003.

El 21 de enero de 2004, en la..., se inicia la intervención para el trasplante renal de cadáver en fosa iliaca derecha, interrumpiéndose al detectarse, tras realizarse la laparatomía, un aneurisma en aorta abdominal iliaca común derecha. Tras la intervención, se realiza una resonancia magnética observándose aumento fusiforme de aorta distal con placas de ateroma, así como engrosamiento proximal de arterias iliacas primitivas de 1,7 cm, siendo normal el calibre de las arterias iliacas internas y externas. A las pocas semanas de la intervención para trasplante fallido de riñón aparece una eventración en la zona de la laparatomía, que continuó incrementando su tamaño.

En junio de 2004 se realiza un nuevo intento de colocación de fístula arteriovenosa en muñeca derecha que resultó nuevamente fallido y, finalmente, el 31 de agosto de ese mismo año, se consigue con éxito la implantación mediante injerto humerobasílico en antebrazo derecho (Loop PTFE), precisando trombectomía a las 24 horas de su realización.

En septiembre de 2004 acude a consulta por eventración o hernia inguinal gigante, solicitándose consulta a cirugía y siendo reenviado en diciembre del citado año.

El 29 de marzo de 2005, el Servicio de Nefrología del entonces... vuelve a solicitar reevaluación en la... sobre trasplante y solución a la hernia gigante abdominal posquirúrgica. El informe del Servicio de Nefrología de la... de 13 de mayo de 2005, tras el análisis de las pruebas practicadas y los informes interdepartamentales emitidos, concluye considerando que “se recomienda en primer lugar la corrección quirúrgica de la eventración... puede realizarse trasplante renal a nivel de fosa iliaca izquierda, aunque se trata de un paciente de elevado riesgo. Asimismo se recomienda valoración periódica de aneurisma de aorta, de forma anual”.

El 12 de de enero de 2006 el paciente fue visto en la consulta de Cirugía General de la Clínica Universitaria para tratamiento quirúrgico de la eventración abdominal, siendo la opinión del cirujano que “dado el elevado riesgo del paciente, sería conveniente efectuar en el mismo acto quirúrgico la intervención de la eventración y del trasplante renal”. Ante tal opinión se mantuvo una reunión de los servicios de Nefrología, Cirugía General y Urología, llegando a la conclusión de que “se trata de un paciente de muy alto riesgo dada la presencia de una obesidad de grado II y una enorme eventración quirúrgica, la corrección quirúrgica con malla de la eventración podría afectar a todo el abdomen y ello impedir la realización del trasplante renal o dificultarlo. Por ello, se ha llegado a la conclusión que es muy conveniente repetir una Angio-TAC para nueva valoración del pequeño aneurisma de aorta y valoración de las arterias iliacas. Con el resultado de la Angio-TAC se efectuaría una reunión conjunta de Nefrología, Cirugía Vasculuar, Urología y Cirugía General para la toma definitiva de decisiones”.

El paciente fue visto nuevamente por el Servicio de Nefrología de la Clínica Universitaria el 15 de marzo de 2006 para reevaluación de lista de espera de trasplante renal en situación de prediálisis. En el informe del citado servicio de 24 de marzo de 2006 se valoran los resultados de la Angio-TAC realizado el 15 de marzo, del que interesa destacar el siguiente contenido:

“Juicio diagnostico:

Dilatación aneurismática de aorta intrarenal con signos de arterioesclerosis. Atrofia parenquimatosa renal bilateral. Herniación de pared abdominal infraumbilical.

Comentario:

La exploración pone de manifiesto la existencia de una dilatación aneurismática de la aorta abdominal infrarenal con unos diámetros transversales máximos de 3,7 x 3,6 cm. Presenta una luz verdadera de 2,7 x 2,1 cm y trombo mural en su cara izquierda. Las arterias ilíacas comunes son tortuosas y con signos de arterioesclerosis y diámetros máximos de 2,1 cm la derecha y 1,9 cm la izquierda. Las arterias ilíacas externas son permeables y muestran diámetros máximos de 1,2 cm y discretos signos de arterioesclerosis, fundamentalmente próximos a su bifurcación.

Ausencia de lesiones focales hepáticas de carácter sospechoso. Colelitiasis múltiple. Atrofia parenquimatosa renal bilateral con permeabilidad de arterias renales que muestran signos de arterioesclerosis al nivel de su origen...

Juicio Clínico:

Tras la realización de Angio-TAC se comprueba la existencia de una dilatación aneurismática de aorta con signos de arterioesclerosis. De acuerdo con Urología, se considera necesaria una nueva reevaluación por parte de Cirugía Cardiovascular para valorar la posibilidad de corrección quirúrgica de la misma de cara a la inclusión en lista de espera de Trasplante renal”

Finalmente, los servicios médicos de la... consideraron que, “aunque el tratamiento ideal sería realizar las dos intervenciones en el mismo acto quirúrgico, teniendo en consideración el tamaño adquirido por la eventración, el imprevisible tiempo de espera de trasplante renal (lleva casi dos años sin que haya salido su nombre en ninguna de las alarmas), teniendo en cuenta que la intención de los Urólogos es realizar el trasplante en la fosa iliaca contralateral, la intervención conjunta podría complicar la intervención del trasplante ya que la eventración precisaría de una gran malla lo que dificultaría la realización del trasplante, se decidió realizar la corrección de la eventración en primer lugar” y, ante esta opinión, en el mes de noviembre de 2006, se realiza la reparación de la hernia mediante colocación de malla sin incidencias significativas.

En abril de 2007, el paciente solicitó ser controlado por el Servicio de Nefrología del entonces Hospital..., a cuyo servicio pasó. En la revisión realizada el 20 de noviembre de 2007 el paciente refiere claudicación de las extremidades inferiores a 500 metros y en las consultas periódicas que se le fueron realizando cada dos meses se apunta empeoramiento de la función renal y la necesidad de ir planteando la inclusión en el programa de diálisis. El 12 de agosto de 2008 es intervenido, bajo anestesia local, realizándose fístula arteriovenosa FAV humerocefálica izquierda funcionante. En la consulta del 27 de noviembre de 2008 se anota ligero empeoramiento de la función renal y se le cita para el 7 de enero de 2009, apreciándose función renal estable pero con alteraciones electrolíticas importantes, citándole para revisión el 29 de enero, observándose, ese día, que se habían corregido las alteraciones metabólicas apreciadas. El 17 de marzo de 2009, en la consulta de revisión, se observa un ligero empeoramiento de la función renal y en la consulta del 18 de mayo, aunque la función renal se mantiene estable, ante las nuevas alteraciones electrolíticas, se estima que si no mejora deberá incorporarse al programa de diálisis.

En el mes de julio de 2009 ante la presencia de síntomas urémicos y alteraciones electrolíticas, inicia el programa de diálisis a través de la fístula A-V humerocefálica anteriormente instalada en brazo izquierdo.

En octubre de 2009 el Servicio de Nefrología del Hospital..., tras la valoración del paciente por el Servicio de Cirugía Vasculuar con arteriopatía periférica e isquemia crónica grado II b MMII, reenvía al paciente al servicio de trasplante de la... quien solicita la realización de una arteriografía diagnóstica cuyo resultado es el siguiente: "Arteromatosis generalizada. Aneurisma de aorta abdominal infrarenal. Permeabilidad de los ejes iliacos. Oclusión de arteria femoral superficial en el lado derecho. Oclusión de arteria poplítea en el lado izquierdo. Distalmente permeabilidad de un vaso en ambas EEII". La conclusión de la unidad de trasplantes de la Clínica Universitaria, a la vista de las pruebas practicadas fue la siguiente: "Trasplante renal de alto riesgo con necesidad de intervención vascular en el mismo acto quirúrgico (colocación de prótesis aórtica). Ubicación en FII. El paciente fue informado de la situación y de que aunque permanecería activo

en lista de espera era un caso de alto riesgo y si en los controles periódicos que realice Cirugía Vascul ar de su centro se objetiva incremento del aneurisma y precisara ser intervenido antes de que se le llame para el trasplante, este ya no se podría realizar”.

En la revisión por Cardiología Vascul ar en agosto de 2010 se solicita nueva Angio-TAC para valoración, que se realiza al día siguiente concluyendo con “aneurisma de aorta abdominal infrarenal de pequeño tamaño. Arteromatosis obliterante generalizada con oclusión del eje femoropoplíteo derecho y oclusión de poplíte a izquierda”.

En la revisión de septiembre de 2010 se solicita nueva Angio-TAC para dentro de seis meses y en noviembre se le realiza arteriografía observándose estenosis de ambas arterias femorales comunes y obstrucción femoropoplíte a bilateral.

En la sesión de diálisis del 19 de octubre de 2010, el paciente expresó ideas de suicidio, manifestó que su ilusión era poder ser trasplantado y que permanecer en el programa de hemodiálisis le resultaba psicológicamente muy difícil, por lo que fue remitido al servicio de psiquiatría.

El 14 de enero de 2011, tras ser informado por el Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital... como paciente con “riesgo anestésico quirúrgico (ASA) III. Afectación importante no incapacitante IV Afectación severa no reversible con peligro vital”, se le realizó por el Servicio de Cirugía Vascul ar un by-pass desde artería femoral común a femoral profunda derecha con injerto dacron de 8 mm de diámetro.

En el mes de marzo de 2011 fue objeto de reevaluación en lista de espera para trasplante por la Unidad de Trasplantes de la..., desestimándolo para trasplante heterotópico por cuanto las condiciones clínicas del paciente habían empeorado desde 2009, siendo remitido al Hospital... de Barcelona, centro de referencia, para trasplante ortotópico, tras haber sido valorado por Psiquiatría por trastorno de adaptación desesperado por falta de expectativas de trasplante, iniciando tratamiento con mirtazapina con buena evolución.

El paciente siguió con las revisiones periódicas por los Servicios de Nefrología y Cirugía Vascul ar realizándole nuevas pruebas (Angio-TAC de Aorta abdominal y pelvis; arteriografía) y el 19 de mayo de 2011 se le pauta Isoniacida como protocolo de profilaxis de TBC durante seis meses por haber presentado Mantoux positivo, pautando la realización de un control analítico de enzimas hepáticas mensuales.

El 26 de julio de 2011 tras el informe del Servicio de Anestesia y Reanimación concluyendo que “el paciente puede ser anestesiado con riesgo anestésico quirúrgico (ASA) IV. Afectación severa no reversible con peligro vital”, fue intervenido para realizar revascularización en EII, sin complicaciones intraoperatorias.

El 9 de febrero de 2012 el paciente ingresa en el Hospital... de Barcelona para realización de una derivación aorto-femoral bilateral previa al trasplante renal. La intervención se realiza el día 10 de febrero efectuando una endoaneurismorrafía y derivación bifurcada aortofemoral con homoinjerto aórtico bifurcado 12 x 6 mm, sin incidencias intraoperatorias a destacar, siendo trasladado a la unidad de cuidados intensivos de Cirugía Cardiovascular manteniendo el paciente anúrico requiriendo diálisis debido a su insuficiencia renal.

Del informe emitido por el Hospital... de Barcelona y aportado por el reclamante, trasladamos lo siguiente:

“A su llegada a la UCI, tras la intervención el paciente presenta parestesia e impotencia funcional en extremidades inferiores junto pérdida de pulsos por lo que se realiza resonancia magnética que no evidencia lesiones y se inicia tratamiento corticoideo y anticoagulante con heparina sódica.

El día 12 de febrero de 2012 el paciente presenta distensión abdominal, livideces y disminución de peristaltismo. Debido a sospecha de isquemia intestinal se solicita TC urgente que muestra los siguientes resultados:

Cambios en relación a derivación aortobifemoral reciente. Asas intestinales normocaptantes, sin signos evidentes de sufrimiento. Áreas hipodensas hepáticas que en el contexto clínico del paciente no se puede descartar que corresponda con zonas infarto. Área compatibles con zonas de infarto esplénico. Riñones atróficos con

ausencia de captación de contraste del RI y zonas de informe en RD. Imagen de aspecto pseudoaneurismática que depende de A femoral común derecha. Mínima cantidad de líquido periesplénico, perihepático e interasas.

El paciente se mantiene somnoliento y desorientado en los días siguientes. En auscultación cardiaca se aprecia un soplo sistólico por lo que se solicita ecocardiograma que muestra:

-Ventrículo izquierdo severamente hipertrófico (18-20 mm. septum basal) no dilatado con motilidad global conservada. Patrón diastólico de alteración de la relajación. Se detecta un gradiente de obstrucción dinámica en el tracto de salida del ventrículo izquierdo que es de 40mmHg. Estenosis aórtica de grado moderado. Válvula calcificada.

En días posteriores se mantiene estable hemodinámicamente con tratamiento vasopresor a dosis moderadas y afrebil sin presentar cambios a nivel neurológico por lo que se solicita interconsulta a neurología:

En el momento actual (14/02/12) destaca somnolencia y leve desorientación, probablemente en contexto de encefalopatía de origen metabólico (empeoramiento de función renal e infección aguda) que dificultan parcialmente la exploración. Se objetiva paraparesia (1/5 derecha, 0/5), con hipoestesia táctil y algésica (no se puede determinar nivel sensitivo ni afectación de la sensibilidad profunda por escasa colaboración). Ausencia de reflejos en miembros inferiores, RCP indiferente bilateral. Ante la sospecha diagnóstica de isquemia medular dorsal, se solicita nueva RMN medular que revela hiperintensidad centromedular en secuencias T2 desde el cuerpo vertebral de D11 hasta D12, sugestiva de lesión isquémica aguda. Se orienta como infarto medular de probable origen ateroembólico en contexto de cirugía de aorta abdominal. No se considera tributario de iniciar tratamiento antitrombótico. Se puede valorar realizar drenaje lumbar e inicio de fisioterapia, pendiente de evolución clínica.

El día 14.02.12 se realiza nueva RMN que muestra los siguientes resultados:

Los antecedentes del paciente y la evolución radiológica puede estar en relación con lesión isquémica aguda. Resto del estudio sin otros cambios respecto RM previa de 11/02/12.

El día 19.02.12 el paciente presente empeoramiento clínico. Episodio de dolor torácico con cambios isquémicos electrocardiográficos durante la hemodialisis con elevación de troponinas. Posteriormente distensión abdominal y signos de

peritonismo. Por ello se solicita nuevo TC abdominal urgente debido a sospecha de isquemia visceral:

Hallazgos sugestivos de isquemia intestinal con perforación de colon descendente/sigma proximal. La AMS y sus ramas proximales se encuentran permeables.

Dado el resultado del TC se realiza intervención quirúrgica emergente para laparotomía exploradora. Se realiza hemicolectomía izquierda, colostomía transversa y drenaje de la cavidad abdominal.

Tras la intervención quirúrgica el paciente es trasladado a unidad de cuidados intensivos de ccv en situación de inestabilidad hemodinámica requiriendo tratamiento con drogas vasoactivas a dosis altas e intubación orotraqueal. El paciente se mantiene anúrico requiriendo hemofiltración. Presenta acidosis metabólica, hiperpotasemia, hipocalcemia hipoglicemia de difícil control. El día 21.02.12 el paciente presenta hipotensión arterial mantenida refractaria al tratamiento que desencadena fallo multiorgánico. El paciente es exitus el día 21.02.12 a las 11.45 h”.

C) Dictamen médico

Obra en el expediente administrativo remitido dictamen médico de 17 de diciembre de 2012, elaborado por la asesoría médica..., emitido a instancia de la aseguradora... y suscrito por don..., especialista en Nefrología y médico adjunto del Servicio de Nefrología del Hospital...

En dicho dictamen, tras exponer los hechos anteriormente relatados en este informe, el médico firmante realiza una serie de consideraciones médicas de las que transcribimos las siguientes:

“Se trata de un paciente de unos 57 años de edad en el momento del fallecimiento con múltiples factores de riesgo cardiovascular. HTA maligna que cursa con insuficiencia cardiaca izquierda e insuficiencia renal importante. Historia de consumo de tabaco y alcohol. Obesidad. Diabetes Mellitus tipo 2. Hipercolesterolemia. Hiperuricemia. Sedentarismo.

Cada uno de estos factores por separado incrementa el riesgo de padecer eventos cardiovasculares y el riesgo de muerte. Mucho más si confluyen en un mismo paciente.

Teniendo en cuenta solo la función renal que presenta el paciente al inicio del seguimiento por Nefrología, la mortalidad es cerca de 3 veces superior a la de un paciente de la misma edad sin

insuficiencia renal. Lo mismo pasa con los demás factores de riesgo mencionados, cada uno que se va sumando eleva el riesgo de forma considerable.

Esto viene corroborado por los anestesiólogos que valoran al paciente antes de las diferentes cirugías a las que es sometido desde el seguimiento por nefrología hasta el final. Su valoración es que puede ser intervenido pero que se trata de un paciente con elevado riesgo quirúrgico. Esto es, riesgo de complicaciones mayores y riesgo vital. El paciente y la familia eran conscientes de estos riesgos y así queda reflejado en los diferentes consentimientos informados que se aportan.

En este contexto y a pesar del tratamiento médico al que es sometido, los daños sobre sus arterias en distintos territorios son muy importantes. Presenta aneurisma de aorta, isquemia de MMII, HTA con hipertrofia importante de ventrículo izquierdo, entre otros hallazgos. Estas lesiones con el tiempo y en el contexto de insuficiencia renal crónica que requiere inicio de hemodiálisis e hiperparatiroidismo secundario no hacen sino aumentar la progresión de las lesiones vasculares. Así el paciente tiene que ser intervenido por isquemia crónica en MMII y por aneurisma de aorta abdominal.

En resumen. Es un paciente con importante afectación vascular en múltiples territorios y con múltiples factores de riesgo vascular. Sin ningún tipo de intervención su riesgo de mortalidad por eventos cardiovasculares es muy elevado. Cuando se le somete a una intervención el riesgo es todavía mayor pues se suma tanto el riesgo de la anestesia como el riesgo de la propia cirugía.

Cuando se le interviene para el trasplante y se encuentran el aneurisma de aorta abdominal se toma la decisión de suspenderla para evitar riesgos mayores. Los riesgos son los de complicaciones derivados de implantar el injerto en una arteria aneurismática, riesgo de sangrado y riesgo vital. Por tanto considero que se actuó de forma correcta.

Tras la cirugía se produce una eventración condicionada por la propia intervención, por supuesto, pero también por factores propios del paciente como son la obesidad y el sedentarismo. El hecho de tener una pared abdominal débil al ser una musculatura poco trabajada por el sedentarismo y que tiene que distenderse para albergar la grasa y las asas intestinales son factores determinantes para la aparición de hernias o eventraciones.

Posteriormente se reparó la hernia con la colocación de una malla de refuerzo.

Sin embargo la cirugía más importante por el riesgo quirúrgico que conlleva, el riesgo cardiovascular del paciente y la complejidad técnica es la reparación del aneurisma de aorta. En el postoperatorio se asiste a complicaciones derivadas de la isquemia en diferentes territorios (colon, bazo, hígado, corazón y médula espinal). La evolución es hacia una hipotensión refractaria a aminas que finalmente lleva el fallecimiento del paciente.

La indicación de cuando reparar un aneurisma desde el punto de vista quirúrgico es en general cuando el diámetro de la arteria aorta supera los 5 centímetros. Es por eso que no se indicara antes en los Hospitales... En el Hospital... de Barcelona se realizó para dejar al paciente preparado para un trasplante de riñón.

El informe, tras las anteriores consideraciones alcanza las siguientes conclusiones:

“1.- El paciente presenta una insuficiencia renal crónica en el contexto de una arteriosclerosis con afectación de múltiples territorios.

2.- Los factores de riesgo vascular que presenta el paciente condicionan el cuadro clínico, la evolución y las complicaciones que presenta el paciente.

3.- El paciente fallece en situación de shock y fallo multiorgánico secundario a isquemia en múltiples territorios.

4.- No hay datos objetivos que indiquen mala praxis ni falta de atención al paciente”.

D) Trámite de audiencia

Mediante oficio de 17 de diciembre de 2012, notificado a don... al día siguiente, la instructora del expediente dio trámite de audiencia por un plazo de diez días hábiles para la presentación, en su caso, de nuevas alegaciones y de cuantos documentos y justificaciones estimase pertinentes. Así mismo, se facilitaba al reclamante copia de la historia clínica del paciente relacionada con los hechos objeto de reclamación, copia del informe del Jefe del Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Navarra y del dictamen médico emitido por la asesoría médica..., no constando que el reclamante hiciera uso de tal trámite.

E) Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada. En su fundamentación, tras extraer los datos más significativos de la historia clínica del paciente y analizar el marco normativo de la responsabilidad patrimonial de la Administración, así como la jurisprudencia que la interpreta y aplica, considera, con apoyo en el dictamen de la asesoría médica..., que la asistencia sanitaria prestada al paciente debe considerarse en todo momento correcta y ajustada a la *lex artis*, no existiendo justificación objetiva que pueda fundamentar una responsabilidad de la Administración sanitaria de la Comunidad Foral de Navarra.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre una reclamación por presuntos 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.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 preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, 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.

La tramitación del presente procedimiento se estima, en términos generales, correcta habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constando además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde a los reclamantes, otorgándoles la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos, y todo ello con anterioridad a la propuesta de resolución.

II.2ª. 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 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.

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.3ª. En particular, la antijuridicidad del daño y 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 dictámenes anteriores (entre otros, dictámenes 7/2014 y 25/2015), 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).

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 basa 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). 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 a doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuricidad 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.

En el presente caso, la reclamación, tras realizar un relato de la evolución de la salud del paciente, considera que el fallecimiento de don... se produjo por un “anormal funcionamiento del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, sin que haya habido interferencias o inmisiones que rompan el nexo causal entre el anormal funcionamiento de la Administración Sanitaria y el fallecimiento del paciente”, no teniendo la esposa e hijos del fallecido “el deber jurídico de soportar el fallecimiento de su esposo y padre al no existir una causa de justificación que legitime ese óbito”, reclamación que, sin explicación alguna, cuantifica el daño y perjuicio del fallecimiento del paciente en 180.000 euros.

Sin embargo, a juicio de este Consejo de Navarra, a la luz de los datos obrantes en el expediente administrativo, tras el pormenorizado estudio de la historia clínica del paciente fallecido, de los múltiples informes médicos que relatan la asistencia sanitaria prestada al paciente, la evolución de su patología y las decisiones tomadas por los facultativos que le atendieron, se estima que el fallecimiento del paciente no debe dar lugar a responsabilidad patrimonial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dado que, en todo momento, la asistencia sanitaria prestada se ajustó a la “lex artis ad hoc”, observándose una adecuada y diligente atención, aplicando todos los medios que la medicina pone a su alcance para tratar las graves y múltiples patologías que sufría... y, por lo tanto, el daño y el padecimiento sufrido durante la enfermedad y el causado por su fallecimiento no es un daño antijurídico que no tenga que ser asumido por su esposa e hijos.

En efecto, desde que al paciente le debutó en 1994 una insuficiencia renal crónica secundaria a una hipertensión arterial maligna acelerada con nefroangiosclerosis y asociada con otras patologías igualmente graves como: miocardiopatía hipertrófica, hiperuricemia, hipercolesterolemia, hiperparatiroidismo, unidas a otros factores de riesgo como: obesidad, consumo de alcohol y tabaco, diabetes tipo 2 y sedentarismo; el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, a través del Servicio de Nefrología prestó al paciente una atención continuada, adoptando las decisiones que en cada momento se consideraron adecuadas para su tratamiento médico desde polimedicación, hasta su inclusión en lista de espera para trasplante renal preventivo de cadáver, pasando por el reiterado intento de implantación de fístulas arteriovenosas necesarias para el tratamiento de diálisis, fallidos en muchos casos por la debilidad de su sistema venoso.

Tras un tiempo en lista de espera fue llamado para la realización de trasplante renal que, una vez iniciada la intervención, tuvo que ser suspendido al descubrirse un aneurisma que afectaba a la aorta abdominal y a la arteria iliaca común y que desaconsejaba la realización de trasplante renal. Fruto de tal intervención, el paciente sufrió una eventración abdominal posquirúrgica que fue creciendo hasta alcanzar un gran tamaño dificultando cualquier otra intervención para reparar tanto el aneurisma de aorta

abdominal como para realizar el trasplante renal. A pesar de ello, el paciente continuó en lista de espera para trasplante, siendo intervenido de la eventración abdominal (hernia) y sometido a un continuo seguimiento, tanto por el servicio de Nefrología, como por el de Cirugía Cardiovascular para analizar la evolución de sus patologías vasculares y renales.

Ante el agravamiento de su patología fue sometido a tratamiento de hemodiálisis y remitido nuevamente a valoración por la unidad de trasplante de la... que lo consideró como “trasplante renal de alto riesgo con necesidad de intervención vascular en el mismo acto quirúrgico (colocación de prótesis aórtica), siendo informado el paciente de tal circunstancia y proponiendo al Servicio de Cirugía Vascular del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea la realización de controles periódicos ya que si se objetivara incremento de aneurisma y precisara ser intervenido antes de llamarle al paciente para trasplante, este ya no se podía realizar.”

Ha quedado acreditado el continuo y correcto seguimiento del paciente, tanto por Nefrología como por Cirugía Vascular, realizando periódicamente las pruebas necesarias (Angio-TAC, arteriografías, etc.) para conocer la evolución de sus múltiples patologías, objetivando empeoramiento del sistema vascular y renal, siendo necesario realizar by-pass desde la arteria femoral común a la femoral profunda derecha con injerto.

Ante la objetivación del empeoramiento de su patología vascular se desestimó la posibilidad del trasplante heterotópico y dada su situación física y psicológica para aceptar su tratamiento de hemodiálisis, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea le planteó la posibilidad de ser valorado por la Unidad de Trasplante renal del Hospital... de Barcelona, centro de alta cualificación y experiencia en trasplantes ortotópicos y centro de referencia al que se envía a los pacientes de Navarra que pueden requerir este tipo de trasplante.

Valorado por el Hospital... Barcelona se decidió realizarle una derivación aorta-femoral bilateral con carácter previo al trasplante renal (endoaneurismorrafía y derivación bifurcada aortofemoral con hemoinjerto aórtico), manifestándose a los dos días de la intervención complicaciones

isquémicas de origen arteroembólico en diferentes territorios (colon, bazo, hígado, corazón y médula espinal) en contexto de cirugía de aorta abdominal que, a pesar de los tratamientos dados en la unidad de cuidados intensivos y de la intervención quirúrgica de urgencia a la que fue sometido para realización de hemocolectomía, colestomía y drenaje de cavidad abdominal, culminó en un fallo multiorgánico que ocasionó la muerte del paciente.

A pesar de que como consecuencia de la intervención quirúrgica se produjo el resultado de muerte del paciente, no por ello nos encontramos ante un daño antijurídico que de lugar al nacimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración y la subsiguiente obligación de indemnizar a la esposa e hijos del fallecido, menos aún por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que se limitó a remitir al paciente al Hospital... de Barcelona para valoración de posible trasplante renal ortotópico y no tomó ni la decisión de realizarle la derivación aortofemoral bilateral ni la intervención quirúrgica.

En ningún momento el reclamante ha acreditado, que a lo largo de todo el seguimiento de la enfermedad del señor..., el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea no haya atendido diligentemente al paciente, no le haya propiciado los tratamientos que se pudieran considerar adecuados con arreglo a los conocimientos científicos y a los medios disponibles, observándose -por contra- a la luz del expediente e historia clínica del paciente, un seguimiento y atención continuada, practicándole y poniendo a su disposición no sólo los medios normales de atención sanitaria, sino incluso los extraordinarios, incluyéndole en listas de espera de trasplante renal hasta que por la evolución tórpida de su sistema vascular fue excluido de la lista de espera para trasplante heterotópico. Más aún, llegado ese momento, ante el estado físico y psicológico del paciente, se le derivó al Hospital... Barcelona, centro de referencia para realizar trasplantes ortotópicos, que se utilizan en casos excepcionales ante su complejidad técnica y reservado a pacientes con arterosclerosis pélvica severa, oclusión aórtica o anomalías vasculares pélvicas, entre otras patologías.

De cualquier modo, aun cuando fuera legalmente posible imputar directamente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea la responsabilidad por el fallecimiento del paciente a consecuencia de la intervención realizada por y en el Hospital... de Barcelona, ni de la reclamación formulada, ni de la historia clínica, ni de los informes médicos emitidos se deriva o puede derivarse que hubiera habido infracción de la “lex artis” tanto en la decisión de realización de la intervención, ni durante su realización. Igualmente, en ningún momento se ha acreditado, ni tan siquiera invocado, ausencia, error o defecto a la hora de que el paciente otorgase el consentimiento para la intervención reparadora de aorta; intervención que si con carácter general lleva asociada riesgos tanto operatorios como postoperatorios, más lo son en el caso aquí analizado en el que el paciente tenía asociadas una serie de patologías que elevaban gravemente el riesgo de complicaciones hasta el riesgo de muerte, como por desgracia aconteció, riesgos que ya venían siendo advertidos en todos los informes emitidos por el Servicio de Anestesia y Reanimación del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para la realización de actos quirúrgicos de menor entidad que el que desencadenó las complicaciones que llevaron al óbito del paciente.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por don..., en nombre y representación de doña..., doña..., don... y don..., a consecuencia del fallecimiento de don..., debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.