

**Expediente:** 10/2017

**Objeto:** Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por retraso en la asistencia sanitaria.

**Dictamen:** 17/2017, de 15 mayo de 2017

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 15 de mayo de 2017,

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

siendo ponente doña M<sup>a</sup> Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1<sup>a</sup>. Consulta**

El día 9 de marzo de 2017 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por don..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 162E/2017, de 28 de febrero, del Consejero de Salud.

A la petición se acompaña 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 162E/2017, de 28 de

febrero, del Consejero de Salud, en la que se ordena la solicitud del dictamen preceptivo de este Consejo.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho**

### ***Reclamación de responsabilidad patrimonial***

Don... mediante escrito fechado el 24 de julio de 2015 presentó ante el Departamento de Salud una reclamación de responsabilidad patrimonial por daños y perjuicios derivados de la demora sufrida en la asistencia sanitaria que recibió por una eventración tras una intervención quirúrgica de un aneurisma de aorta abdominal.

Alega que fue intervenido el 19 de febrero de 2013 de aneurisma de aorta en el... y que a raíz de dicha intervención se le produjo una gran eventración en la parte izquierda del abdomen, por encima y por debajo de la cintura. Para este problema, reseña, que se le dio hora en mayo de 2013 y que no fue intervenido hasta febrero de 2015. Como consecuencia de la demora en ser intervenido, entiende que el crecimiento de la hernia fue notable y le afectó su zona inguinal. Ello le supuso el incremento de las molestias que venía padeciendo y una segunda intervención de pared abdominal, que se realizó en junio de 2015.

Como consecuencia de lo anterior, indica que se le han producido enormes problemas de deambulación, quedando ésta limitadísima y exigiéndole gran esfuerzo, inestabilidad para la bipedestación, imposibilidad de realización de esfuerzos nimios, como agacharse o realizar las labores diarias más elementales, incontinencia y dolores.

Solicita una indemnización por los daños sufridos de 150.000 euros.

La reclamación fue subsanada con fecha 1 de septiembre de 2015, tras ser requerido el 12 de agosto de 2015 para que se ajustara a lo previsto en el artículo 70 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC).

### ***Iniciación del procedimiento***

Por Resolución 1/2015, de 10 de septiembre, del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, asignándole el número de expediente 19117/2015; 2º) nombrar instructora del procedimiento; 3º) informar al interesado de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su historia clínica; 4º) señalar el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento, dentro de los seis meses siguientes al 1 de septiembre de 2015, además de indicar los efectos del silencio administrativo negativo e inicio del plazo para la interposición del recurso contencioso-administrativo; y 5º) dar traslado de la resolución a la instructora del procedimiento y su notificación al reclamante.

### ***Instrucción del procedimiento: historia clínica***

Iniciada la instrucción, la instructora del procedimiento solicitó al Director del... una copia de la historia clínica completa de don..., relacionada con los daños y perjuicios sufridos por la demora en la intervención de subsanación de las molestias y padecimientos derivados de su intervención de aneurisma de aorta; a la directora del Equipo de Atención Primaria del..., copia de la historia clínica completa que obrara en el Centro de Salud del... del reclamante; y a la Unidad Clínica de Pared Abdominal del... y del Servicio de Angiología y a la de Cirugía Vascul ar del... los informes de atención de aquél.

De la documentación clínica aportada cabe destacar, a los efectos de este dictamen, como más relevantes y significativos los siguientes hechos:

Don... fue intervenido quirúrgicamente de colecistectomía abierta el 29 de enero de 2013 en el..., tras intentarse dicha intervención por vía laparoscópica que no resultó factible dada la existencia de una intensa inflamación vesicular. Fue dado de alta el 10 de febrero de 2013 y se le solicitó cita en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, a fin de valorarle y realizarle el seguimiento de un aneurisma de aorta abdominal que le fue hallado de forma casual mientras que se le realizaba una ecografía.

Antes de esa fecha presentaba, como antecedentes médicos, hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino dependiente, síndrome de apnea obstructiva del sueño, úlcus gástrico, litiasis renal, cistitis glandular y prostatismo; había sido diagnosticado de papilomas en vejiga, de síndrome depresivo, de intolerancia a AINES y era fumador.

Con fecha 27 de febrero de 2013 se le atendió por primera vez en la consulta de dicho Servicio de Angiología y Cirugía Vasculardel... y, una vez historiado y explorado, se le pidieron pruebas diagnósticas y estudio preoperatorio.

El día 19 de marzo de 2013 se le realizó un AngioTAC, en el que se confirmó la presencia de un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 53x55 mm de diámetro máximo con trombo mural, con cuello de 37 mm de longitud y 27 mm de diámetro, con trombo marginal izquierdo que asciende hasta el origen de las arterias renales.

El día 21 de marzo de 2013, su caso se presenta en sesión clínica y se decide realizar un tratamiento quirúrgico abierto; eligiendo la vía retroperitoneal como abordaje, dado que el paciente presentaba un abdomen hostil por su antecedente de cirugía de vesícula.

El día 2 de abril de 2013 se le informa sobre la intervención, firma el consentimiento informado y se da orden de ingreso. Manifiesta que tiene compromisos familiares hasta el 25 de mayo y, según consta en la historia clínica, el Servicio Cirugía Vasculardel... manifiesta que “no hay ningún inconveniente por nuestra parte en demorar la cirugía hasta pasadas esas fechas”.

El día 30 de abril de 2013 acude a la consulta, con cierto grado de ansiedad por su patología, y comunica que prefiere ser operado lo antes posible.

El 6 de mayo de 2013, tras realizarle los estudios previos preoperatorios y valoración anestésica, se le interviene por vía laparoscópica, siendo reintervenido de modo urgente el mismo día por “cuadro de hipotensión y débito abundante por los drenajes... drenando un

hematoma retroperitoneal sin objetivar puntos de sangrado”. Posteriormente evoluciona satisfactoriamente y se le da el alta médica el 14 de mayo del 2013. Como tratamiento postoperatorio, se señala que deberá incorporarse progresivamente a la vida normal y “llevar una faja de contención abdominal durante un periodo mínimo de un mes, evitando durante ese tiempo realizar esfuerzos con la musculatura abdominal como coger peso”. Además, se indica que deberá revisarse acudiendo a consulta de Cirugía Vasculat “en 3 meses aproximadamente”.

Con fecha 7 de agosto de 2013 se le realiza la primera revisión. En la exploración vascular se detalla: “Pulso femoral bilateral. Eventración en zona de la cicatriz”. Se prescribe que siga con el mismo tratamiento, mantenga “faja soporte abdominal hasta completar 6 meses tras la intervención”, y deje de fumar. Se fija la revisión en la consulta en seis meses para seguimiento.

El 27 de marzo del 2014 acude a revisión, asintomático desde la vista vascular, pero “con una gran hernia incisional en lumbotomía izquierda que le produce muchas molestias a pesar de llevar una faja de contención abdominal”. Se realiza interconsulta preferente a la Unidad de Pared para Valoración de la reparación de la hernia y, ante la progresión de la eventración que se objetiva, es remitido de forma preferente a la “Unidad de Pared”.

Con fecha 2 de mayo de 2014 se le valora por la Unidad de Pared, planteándole “opciones terapéuticas y las complicaciones esperables que entiende y acepta”; optando el reclamante por la intervención quirúrgica. Firma el consentimiento informado, según consta en la historia clínica, siendo apuntado en lista de espera y solicitándose preoperatorio.

Con fecha 15 de septiembre de 2014 y 15 de octubre de 2014 se le realiza la valoración anestésica, el seguimiento y los estudios preoperatorios, que se concluyen el 3 de febrero de 2015.

El 6 de febrero de 2015 se le ingresa para la intervención de la eventroplasia con malla, por eventración lateral en vacío izquierdo que llega hasta el arco costal izquierdo con orificio por fuera de la vaina de los rectos.

Ésta se realiza, evolucionando sin complicaciones y prescribiéndole, respecto al régimen de vida, que evite esfuerzos que le produzcan fatiga.

Con fecha 9 de febrero de 2015 se refleja en la historia clínica la queja del reclamante por hernia inguinal izquierda de moderado tamaño de la que no se tenían datos, se aplica drenaje serohemático y se sigue evolución. El 10 de febrero de 2015 se le retira el drenaje, y sigue quejándose de la hernia inguinal. Se aplaza el alta médica para el 11 de febrero de 2015, fecha en la que se hace efectiva, y se programa “la inguinal tras la revisión del mes”.

Con fecha 12 de marzo de 2015 se somete a consulta por la hernia inguinal izquierda, de meses de evolución, y de tamaño que se reduce con las maniobras habituales. Se le realiza la intervención programada de ésta el 4 de junio de 2015, cursando el alta médica tras un postoperatorio sin incidencias a las 24 horas de la operación.

El 18 de junio de 2015 acude a consulta tras la intervención, constando en la historia clínica que, en ese momento, no tienen síntomas.

El día de 1 de octubre de 2015 se produce la primera revisión tras el alta, sin que se registre ninguna complicación relevante.

### ***Informes***

A solicitud de la instructora del procedimiento emite el correspondiente informe el Jefe de la Unidad de Cirugía de Pared Abdominal del..., en el que refiere que el reclamante fue:

“... visto por primera vez por miembros de nuestra Unidad el 2 de mayo de 2014 en nuestra consulta externa a donde acudió presentando una hernia incisional tras una intervención anterior de aneurisma aorta realizada por el Servicio de Cirugía Vascular. En dicha consulta el paciente tras los trámites habituales entra en lista de espera quirúrgica para reparación de dicha hernia. Se programa para la intervención el 6 de febrero de 2015. En dicha intervención se procede a la reparación de la hernia incisional mediante la colocación de una malla de refuerzo. No constan complicaciones postoperatorias en los días posteriores a la operación salvo que en esos días el paciente se queja de una hernia inguinal en otro territorio del operado de la que no teníamos ningún dato. En principio no existe ninguna relación entre esas 2 hernias. El

paciente es dado de alta con la promesa de nueva intervención para su hernia inguinal. Dicha intervención tiene lugar el 4 de junio de 2015 sin que conste ninguna complicación. Pasó una consulta de revisión el 18 de junio donde consta que no tiene síntomas en ese momento. La próxima revisión le correspondería al año de intervención de la hernia incisional (febrero 2016)".

Por su parte, en el informe emitido a solicitud de la instructora por el Jefe del Servicio Asistencial FEA, adjunto Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del..., se detallan los hitos del proceso seguido respecto a la intervención del Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) y se indica, entre otras cuestiones, las siguientes:

"El 21/03/2013 su caso es presentado en sesión clínica y se decide cirugía abierta vía retroperitoneal por su reciente operación de vesícula.

El día 02/04/2013 se informa al paciente por el equipo del tipo de intervención y firma los correspondientes consentimientos informados. Por motivos familiares del paciente no quiere operarse hasta el 25/05/2013.

El día 30/04/2013 el paciente acude a consulta con cierto grado de ansiedad por su patología refiriendo querer operarse antes. El paciente es programado e intervenido el día 06/05/2013, tan sólo seis días después de haberlo solicitado.

La intervención se realiza sin complicaciones, hasta esa misma tarde que requiere intervención por hemorragia sin encontrar ningún punto sangrante. Hecho que aunque afortunadamente no es frecuente puede producirse cuando se realizan intervenciones sobre arterias".

En el informe se destaca que el reclamante acudió a su primera revisión, tras la cirugía el 07/08/2013, "detectándose ya una eventración de la herida incisional y se prescribe de nuevo faja abdominal de contención. Prescripción que ya estaba hecha según informe de alta del 14/05/2013".

También indica que: "Las eventraciones después de una incisión abdominal son relativamente frecuentes y más en caso de las intervenciones de un AAA, con una etiopatogenia incierta y multifactorial en la que se incluye y se da más importancia al mecanismo de isquemia-reperfusión (Clampaje aórtico, tiempo de isquemia desde zona infrarrenal hasta pie y la reperfusión tras el desclampaje aórtico).

Otro de los motivos es debilidad de musculatura abdominal, desgarro de la fascia tras esfuerzos violentos (levantar pesos), toser, levantarse de la cama sin la faja abdominal de contención ya puesta, maniobras de Valsalva, etc.”.

Igualmente reseña que el 27/03/2014 el paciente acudió a revisión, “aproximadamente seis meses después de la primera cita postoperatoria según protocolo de servicio, donde se objetiva progresión de la eventración por lo que se le deriva a la Unidad de Pared Abdominal para su valoración por el correspondiente especialista”.

Como conclusión, se indica, que una eventración es:

“una complicación frecuente en la cirugía del AAA y su mecanismo de producción es multifactorial.

En ningún caso ha existido mala praxis en la cirugía vascular del paciente. Cuando se ha producido una complicación como la hemorragia se le ha tratado en el mismo momento que se produjo. Se le informó al paciente sobre la necesidad de llevar faja de contención abdominal en dos ocasiones por escrito y fue derivado al especialista cuando se comprobó que, pesar de las medidas de contención, la eventración seguía progresando.

En cuanto los síntomas que el paciente refiere como secuelas, todos ellos podrían ser atribuibles a su hernia incisión, excepto la incontinencia urinaria que no guarda relación con este proceso. De hecho, el paciente fue valorado y diagnosticado por este primer problema por el Servicio de Urología en el año 2003, según consta en Historia Clínica Informatizada, y ha continuado revisiones periódicas en dicho Servicio”.

### ***Dictamen médico***

Consta en el expediente el informe pericial emitido por... (en adelante, ...).

En el informe, de fecha 13 de enero de 2016, suscrito por una especialista en Angiología y Cirugía Vascular, Licenciada en Medicina y Cirugía, se efectúa un resumen detallado de la historia clínica, realizándose diversas consideraciones médicas relativas al caso y analizándose la praxis médica que se siguió con don....



La pericial describe la patología del aneurisma de aorta abdominal, su presentación clínica, pruebas diagnósticas, criterio para la toma de decisión quirúrgica y tratamiento.

Respecto de la decisión del tipo de intervención a practicar, abierta o endovascular, se señala que los factores que se han de valorar son la comorbilidad del paciente, sus factores anatómicos específicos y la durabilidad asociada a una intervención determinada. Se destaca que la cirugía abierta presenta como ventaja la mayor durabilidad y menor tasa de intervenciones a medio-largo plazo. Igualmente se indican las ventajas e inconvenientes en cuanto a la incisión para la reparación del aneurisma de aorta abdominal por vía transperitoneal o retroperitoneal, así como las complicaciones que pueden surgir de la cirugía convencional en los aneurismas de aorta abdominal.

En cuanto a la eventración o hernia incisional se dice que “es una profusión o salida del contenido abdominal a través de un defecto adquirido de la pared, generalmente una laparotomía previa”, cuya incidencia se ha estimado en un 20%, alcanzando el 35% en los pacientes denominados de alto riesgo. Tras una cirugía de aneurisma de aorta abdominal su posibilidad se ha estimado en un 28%.

Se advierte que el 60% de las eventraciones ocurren en el primer año de seguimiento tras la cirugía, y su aparición está relacionada con la presencia de factores de riesgo como la obesidad, la diabetes y/o la inmunosupresión. Como síntomas presenta tumoración o deformidad de la pared abdominal, con dolor asociado; y trastornos intestinales y distensión abdominal. También se reseña que, en general, “las eventraciones de pequeño tamaño y asintomáticas no deben intervenir, sí, las sintomáticas y/o aquellas que progresan y aumentan de tamaño independientemente de la sintomatología”.

Respecto a la praxis médica desplegada en la atención médica de don..., “de 67 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus no insulino dependiente, Síndrome de Apnea obstructiva del sueño, Ulcus gástrico, litiasis renal, prostatismo, síndrome depresivo,

intolerancia a AINES y fumador”, se estima que fue toda ella adecuada tanto en cuanto al tratamiento del aneurisma de aorta abdominal, su intervención por vía retroperitoneal como abordaje “dado que el paciente presentaba un abdomen hostil por su antecedente de cirugía de vesícula”, el postoperatorio posterior, y el tratamiento de la eventración y hernia inguinal.

A este respecto destaca el informe pericial las recomendaciones que le dieron al paciente en el momento del alta médica, 14 de mayo del 2013, relativas a “llevar una faja de contención abdominal durante un periodo mínimo de un mes, evitando durante ese tiempo realizar esfuerzos con la musculatura abdominal como coger peso”. La atención dispensada en la primera revisión, donde se evidencia la eventración en la zona de la cicatriz quirúrgica, en la que se vuelve a indicar la faja de contención abdominal hasta completar 6 meses desde la intervención. La remisión el 27 de marzo del 2014 a la Unidad de Pared, cuando refiere molestias asociadas a la hernia incisional (eventración), y la cirugía reparadora de ésta, practicada el 4 de junio de 2015. También se indica la presencia de una hernia inguinal izquierda, no conocida hasta ese momento, que finalmente se intervino el día 4 de junio de 2015.

En cuanto a la eventración o hernia incisional se pone de manifiesto que “es una complicación de la herida quirúrgica, tras la reparación abierta de un AAA su incidencia es el 28%. Hay factores que favorecen su aparición, como la obesidad”.

Del tratamiento seguido de la eventración se afirma que: “La actitud tras el diagnóstico de la misma es el adecuado, inicialmente, al ser de pequeño tamaño y asintomática, se mantiene actitud conservadora, y es cuando, aumenta de tamaño y presenta síntomas cuando se deriva al especialista correspondiente, para su tratamiento”.

Respecto a los posibles daños sufridos por ello se dice que: “En cuanto a los síntomas referidos por el paciente en su reclamación, tan solo el dolor abdominal, las limitaciones de la movilidad (imposibilidad para agacharse y estirarse del todo), y la deformidad del abdomen, podrían estar justificadas por la hernia incisional y su posterior reparación. No así los trastornos

vesicales como la urgencia de micciones (que ya presentaba previamente a la intervención de AAA, como queda reflejado en el documento 16), ni la estabilidad de la marcha”.

Las conclusiones del informe pericial son las siguientes:

“- Se actuó correctamente, remitiendo al paciente al Servicio de Cirugía Vasculor, una vez diagnosticado de manera casual el AAA con rango próximo al quirúrgico.

- Una vez confirmado por angio-TAC, la presencia de un AAA, de rango quirúrgico, se planteó la reparación del mismo de forma ELECTIVA.

- Se eligió la cirugía abierta como técnica de elección y la retroperitoneal como vía de abordaje, teniendo en cuenta la comorbilidad, las características anatómicas de la enfermedad aneurismática y el antecedente quirúrgico previo del paciente.

- La eventración es una complicación de la herida quirúrgica relativamente frecuente tras la reparación abierta de un AAA (28%), y puede verse favorecida por diversos factores como son la obesidad y la diabetes.

- Su reparación, queda pospuesta a la aparición de sintomatología, y/o al aumento de tamaño independientemente de si presenta clínica o no”.

Por todo lo expuesto, considera la pericial, que la actuación médica en el caso fue correcta.

### ***Trámite de audiencia y alegaciones***

Mediante oficio de fecha 26 de febrero de 2016, la instructora del procedimiento dio trámite de audiencia al interesado por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, de otros documentos y de las justificaciones que estimara pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de la historia clínica remitida por el... y el Centro de Salud del..., los informes médicos emitidos por el Jefe de Unidad de Pared Abdominal del... y el Jefe del Servicio Asistencial FEA/Adjunto Servicio de Angiología y Cirugía Vasculor, así como del informe médico pericial emitido a instancia de...

Por escrito de 10 de marzo de 2016, el reclamante presentó alegaciones solicitando una indemnización de 150.000 euros, por los

padecimientos que se le produjeron por la tardanza en ser intervenido, secuelas, daños morales y gastos que se deriven de su situación.

En el escrito se efectúa un relato particular de los hechos, negando la realidad de algunos datos que constan en la historia clínica. Así, dirá, respecto del informe de fecha 3/5/2013, que en ese momento está en lista de espera para ser intervenido, intervención que “se refiere a la reducción de la eventración, no a la operación del aneurisma de aorta abdominal, que ya había sido efectuada”; y que en el “informe de alta de fecha 14/5/2013 del Servicio de Cirugía Vasculardel..., se dice erróneamente que el 5/5/2013, el paciente ingresa para cirugía programada de aneurisma de aorta abdominal”, sosteniendo que fue intervenido el 19/2/2013.

Señala que desde “la primera revisión de la intervención de aneurisma de aorta abdominal de marzo de 2013, ya era conocida esta situación”. Y que en el informe de Cirugía Vasculardel... de fecha 7 de agosto de 2013, se hace constar la existencia de una eventración en la zona de la cicatriz, con la prescripción de “mantener la faja de soporte abdominal hasta completar 6 meses tras la intervención”, así como que se revisará en 6 meses. También alude al informe de 27 de marzo de 2014 de ese mismo servicio, en el que consta “Gran hernia en la lumbotomía”, con “interconsulta preferente en la Unidad de Pared para valoración de la reparación de hernia”.

El escrito de alegaciones hace referencia que para el mes de enero del 2015 no se le había dado hora para la operación, por lo que formuló una reclamación de la que recibió respuesta el 21 de enero, interviniéndosele el 6 de febrero de 2015.

Alega también que se le practicó operación de sujeción de la hernia, que le provocó problemas de movilidad, fundamentalmente en el tren inferior (a resultas de la demora en ser intervenido, el crecimiento de la hernia, afectando a la zona de inguinal). Y aduce el carácter erróneo del informe de la unidad de cirugía abdominal de fecha 3/2/2015, en el que se indica que la intervención del aneurisma había tenido lugar hacía un año; entendiendo el reclamante que fueron dos.

Igualmente afirma que las molestias y padecimientos que arrastraba se incrementaron con todo ello y las complicaciones surgidas a raíz de la enorme demora en ser intervenido hicieron necesaria una segunda intervención de hernia inguinal, que se realizó el 4 de junio de 2015.

Cuestiona el contenido del informe de alta de 4/6/2015 de la Unidad de Cirugía de Pared Abdominal del..., afirmando que se le tendría que practicar otra intervención en la zona lumbar que fue desechada por los médicos por las consecuencias que podría anudar su proximidad a la columna.

Además, afirma que se le han producido los siguientes perjuicios: “Enormes problemas de deambulación, que ha quedado limitadísima y que me exige un gran esfuerzo. Inestabilidad para la bipedestación. Imposibilidad para poder realizar esfuerzos nimios, como agacharse o realizar las labores diarias más elementales. Incontinencia urinaria. Dolores. Otros”.

No entra a valorar el escrito de alegaciones los informes periciales, sosteniéndose que los informes no analizan el objeto de la reclamación que tiene su causa en la tardanza en la prestación de la asistencia sanitaria y que no se han incorporado al expediente las hojas de consentimiento informado.

Se termina solicitando la práctica de diversas diligencias como el requerimiento de documentación al Servicio Navarro de Salud-Osansubidea, al...; los documentos de consentimiento informado para tratamiento quirúrgico del aneurisma de aorta abdominal, del tratamiento quirúrgico de la eventración, de la hernia umbilical, y los correspondientes a la anestesia; la hoja de reclamaciones presentada por el reclamante en fecha 9/1/2015 relativa a la inasistencia e inactividad por parte del Servicio Navarro de Salud-Osansubidea para la intervención de la hernia, y la contestación del Servicio Navarro de Salud-Osansubidea a esta solicitud; los últimos informes de la Unidad de Cirugía Pared Abdominal relativos a la intervención de hernia inguinal izquierda, de enero a julio de 2015, y los que hayan podido emitirse con ocasión de las revisiones realizadas desde la fecha al reclamante; así como el informe histórico de datos clínicos, relativo a las

fechas de las intervenciones realizadas al señor Ramón, en concreto a la intervención de aneurisma de aorta de fecha 19/2/2013.

### ***Propuesta de resolución***

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por don..., por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en relación con la supuesta demora sufrida en la asistencia recibida de la eventración tras la intervención quirúrgica de un aneurisma de aorta abdominal.

Tras referir los antecedentes de hecho, su fundamentación analiza la concurrencia de los requisitos necesarios para que proceda la responsabilidad patrimonial y la reiterada doctrina sobre el cumplimiento de la “*lex artis*” en la determinación de una actuación médica correcta. Pone de relieve que se plantea la reclamación por los daños y secuelas referidos, sin perjuicio de que se descarta la existencia de mala praxis en relación con la asistencia sanitaria dispensada en la operación del aneurisma de aorta abdominal.

Deniega la práctica de la pruebas solicitadas en fase de alegaciones entendiendo que son innecesarias por resultar acreditados todos los hechos relevantes a través de las diligencias practicadas en fase de instrucción y hallarse incorporado al expediente las Historias Clínicas del... y del Centro de Salud del..., en las que figuran todos los datos clínicos y que incluyen las fechas de las intervenciones, las pruebas complementarias, los informes médicos y los consentimientos informados que acreditan los distintos extremos que refiere la parte reclamante. También estima improcedente el requerimiento de la prueba documental de la hoja de reclamación presentada por el reclamante por inasistencia e inactividad del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea respecto a la eventración y su contestación, por haber podido ser aportado por la parte al obrar en su poder.

Se pone de manifiesto el contradictorio relato fáctico que realiza el reclamante de los hechos y se discrepa del carácter erróneo que éste atribuye a los informes médicos emitidos por diferentes servicios médicos del

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, frente a lo que resulta acreditado en la documentación recogida en el expediente.

Se reseña la eventración como una complicación frecuente tras la reparación abierta de un aneurisma de aorta abdominal (28%), máxime en pacientes con antecedentes médicos y anatómicos como los del reclamante, y se refuta que hubiera habido tardanza o demora en la prestación sanitaria conforme a la praxis médica aplicable al caso.

En cuanto a la sintomatología del reclamante, se incide en que tan sólo el dolor abdominal, las limitaciones de la movilidad (imposibilidad para agacharse y estirarse del todo) y la deformidad del abdomen podrían estar justificadas por la hernia incisional, pero no los trastornos vesicales que padecía previamente, además de prostatismo y papilomas en la vejiga; habiendo sido informado y recogida la eventualidad de esas complicaciones en el documento de consentimiento informado suscrito por el señor...

De todo ello concluye que la intervención de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea fue correcta y ajustada a la "*lex artis*", que procede denegar la práctica de la prueba documental solicitada en las alegaciones por ser innecesaria e impertinente, y que debe desestimarse la reclamación de la responsabilidad patrimonial.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

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

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por don..., frente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por presuntos daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada por dicho Servicio en relación con la supuesta demora sufrida en la asistencia sanitaria de una eventración tras la intervención quirúrgica de un aneurisma de aorta abdominal. 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, vigente en el momento de realizarse la petición de dictamen, ordenaba que se consultara al Consejo de Navarra en los expedientes administrativos tramitados por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en los que la ley exija el dictamen de un órgano consultivo, que se refieran, entre otras, a “reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a veinte millones de pesetas” (120.202.42 €).

En consecuencia, el presente dictamen se emite con carácter preceptivo en cumplimiento de lo establecido en el artículo 16.1.i) de la LFCN, precepto aplicable por razones temporales, ante la ausencia de previsiones específicas en la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra, sobre los procedimientos ya iniciados, y por extensión analógica de lo establecido en la disposición transitoria segunda de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y la disposición transitoria segunda 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).

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite este dictamen como 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.

En cuanto a la tramitación del presente procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención prestada al reclamante, obrando en el mismo su historial clínico, los informes emitidos por los



distintos servicios médicos, así como el informe médico pericial emitido por....

Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de las copias de los informes obrantes en el expediente y acceso al historial médico.

El interesado ha presentado las alegaciones que ha considerado oportunas y solicitado la práctica de prueba documental complementaria. Esta última ha sido denegada por resultar innecesaria, dada la incorporación al procedimiento en fase de instrucción de las Historias Clínicas del... y del Centro de Salud del..., en las que figuran todos los datos clínicos correspondientes al paciente en cuestión, que incluyen tanto las fechas de intervenciones como las pruebas complementarias, los informes médicos y los consentimientos informados que acreditan los distintos extremos sobre los que se reclama; entendiéndose, además, que resultaba irrelevante la aportación de la hoja reclamación presentada por don... y la contestación del Servicio Navarro de Salud-Osansubidea a los efectos de acreditar los hechos que son objeto del procedimiento.

Con base en todo ello, consideramos que se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable, por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

## **II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos**

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida y como una institución de garantía de los ciudadanos.

Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encontró su desarrollo normativo en los artículos 139 a 144 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), modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, materia que actualmente disciplina el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y 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 el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, aplicable al caso por razones temporales, 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, cumplimiento de la “*lex artis*” y la antijuridicidad del daño.**

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, 36/2015, de 1 de diciembre, 8/26, de 25 de enero, 49/2016, de 21 de octubre y 10/2017, 27 de marzo), 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 médica 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, como 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 cuál 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».

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 de responsabilidad patrimonial a la Administración se funda en la supuesta demora asistencial en el tratamiento de una eventración de la que se derivarían diversas secuelas.

Para valorar si cabe estimar que la atención sanitaria dispensada a don... se ajustó a los parámetros asistenciales que resultan exigibles a la Administración sanitaria adecuándose a la "*lex artis*", y si cabe estimar que se le ha causado un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar, debemos partir de los datos que objetivamente constan en su historia clínica y los informes médicos que se han aportado al expediente, pues de dicha documentación no se infiere, como afirma el reclamante, que esos recojan datos falsos o erróneos.

Sobre este extremo cabe recordar lo señalado en la Sentencia de 13 de julio de 2012 del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid (Sala de lo Contencioso-Administrativo), núm. 1362/2012:

"En relación con el valor probatorio de los informes médicos obrantes en la historia clínica, la doctrina jurisprudencial -por todas, SSTs de 10 de junio de 2003 , 24 de septiembre de 2004 , o 22 de octubre de 2009 - sobre la base de considerar que un centro o establecimiento sanitario público no es un órgano de la Administración pública en sentido jurídico y, por tanto, que los informes médicos que se emiten en el mismo por funcionario público no pueden tener la consideración de documento público administrativo, entiende, en definitiva, que no son encuadrables en ninguno de los seis supuestos del art. 317 LEC, no tratándose pues de documentos fehacientes -pues no los expide un fedatario público- a los que les sea aplicable el artículo 319.1 -prueba plena del hecho, acto o estado de cosas que documenten, de la fecha en que se produce esa documentación y de la identidad de los fedatarios y demás personas que intervengan-, sin perjuicio de estar a lo que dispone el inciso segundo del número 2 de ese artículo 319 ("... los hechos, actos o estados de cosas que consten en los referidos documentos se tendrán por ciertos, a los efectos de la sentencia que se dicte, salvo que otros medios de prueba desvirtúen la certeza de lo documentado"), referencia clarísima al principio de la apreciación conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, cuya incorporación a este texto guarda perfecta adecuación a la jurisprudencia constitucional y ordinaria, tanto contenciosa-administrativa como civil, añadiendo en este sentido la STS de 30 de junio de 2009 que "Es absolutamente evidente que los informes de la inspección médica y del perito de la compañía aseguradora son dictámenes periciales en el sentido de los arts. 335 y siguientes LEC, pues examinan hechos relevantes del asunto sobre la base de los conocimientos científicos de quienes los emiten. De aquí que constituyan medio de prueba válido en derecho. Y en cuanto a su valoración, rige, como no podría ser de otra manera, el principio de

libre formación de la convicción del juez. El órgano judicial deberá darles el peso que estime pertinente a la luz del conjunto de las pruebas practicadas y de las circunstancias del caso (...) señalando la STS de 11 de octubre de 2011 que " Los informes obrantes en el expediente administrativo, emitidos por la Inspección Médica del INSALUD, o por el Jefe de Administración y Servicios de aquella Clínica, o por la Dirección Médica de ésta, no dejan por ello de ser también "pruebas" incorporadas al proceso y utilizables, por ende, para formar, fundadamente, la convicción judicial sobre los hechos acaecidos y objeto de enjuiciamiento. Una cosa es la mayor o menor prevención con que hayan de ser valorados esos informes, y otra, distinta, es su naturaleza procesal de medios de prueba en sentido jurídico, hábiles por tanto para que un pronunciamiento judicial, siempre que esté razonado, se sustente en ellos sin vulnerar, ni aquel derecho fundamental a obtener tutela judicial efectiva sin producción de indefensión, ni las dos normas de la LEC que cita el motivo ".

Así pues, sobre la naturaleza y fuerza probatoria en el proceso de la historia clínica podemos señalar (...) en ella se plasma la realización de actos médicos y se recogen valoraciones de reconocimiento o diagnóstico como elemento de la actividad médica para cumplir la *lex artis*, y no en función del carácter funcional o facultativo, ni para conseguir una finalidad de constancia propia del ejercicio de la función pública, ni como expresión de la competencia o facultades reconocidas a la unidad orgánica administrativa en que se integra el titular con virtualidad para producir formalmente efectos jurídicos frente a terceros".

Así, en la historia clínica consta que la intervención quirúrgica de aneurisma de aorta, que se le practicó a don..., tuvo lugar el día 6 de mayo de 2013, habiéndosele realizado un reintervención de urgencia el mismo día 6 de mayo de 2013, y siendo dado de alta el 14 de mayo de 2013.

Previamente, figura que fue visitado con tal fin la primera vez por el Servicio de Cirugía Vascul ar el 27 de febrero de 2013, realizándosele las correspondientes exploraciones, pruebas diagnósticas y estudio preoperatorio, conforme al protocolo que se sigue en el Servicio. Se le confirmó el diagnóstico de aneurisma de aorta con un angioTAC el 19 de marzo de 2013, detallándose su calibre quirúrgico. Se presentó su caso a sesión el día 21 de marzo de 2013 y se decidió el tipo de cirugía que se le propondría realizar en función de sus antecedentes. Fue informado el día 2 de abril y firmó los consentimientos que obran en la Historia Clínica

Informática -transfusión de hemoderivados, tratamiento quirúrgico de aneurisma de aorta abdominal y anestesia-. Además, según refiere expresamente el informe de 30 de abril de 2013, “por compromisos familiares prefería operarse a partir del 25 de mayo”, pero cambió de opinión y se le programó la intervención para la siguiente semana.

Estos datos se recogen sin contradicciones de manera constante en distintos informes que obran en la historia clínica del... La referencia en el informe del Centro de Salud del... de que “Actualmente se le está atendiendo por presentar: 13/02/2013.- Aneurisma Aórtico Intervenido”, incluido en el documento 1 de las alegaciones, no contradice aquellos otros datos, pues tal apunte se refiere, según consta en la propia documentación, al “Resumen pruebas complementarias” que se realizaron en esa fecha del 13 de febrero de 2013 para proceder a la cirugía vascular.

En cuanto al tratamiento de las eventraciones sufridas, que el recurrente aduce que le fueron atendidas con dilación y retraso por parte de los Servicios Médicos, los datos que obran en la historia clínica contradicen esas afirmaciones, vista la evolución de esa patología, el tratamiento que se le aconsejó según su estadio y las atenciones médicas que se le dispensaron.

Así, se indica en el informe emitido por el Jefe del Servicio Asistencial FEA/adjunto Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del..., que “las eventraciones después de una incisión abdominal son relativamente frecuentes y más en caso de las intervenciones de un AAA, con una etiopatogenia incierta y multifactorial en la que se incluye y se da más importancia al mecanismo de isquemia-reperusión (Clampaje aórtico, tiempo de isquemia desde zona infrarrenal hasta pie y la reperusión tras el desclampaje aórtico)”; siendo causa de ello, entre otras, la “debilidad de musculatura abdominal, desgarró de la fascia tras esfuerzos violentos (levantar pesos), toser, levantarse de la cama sin la faja abdominal de contención ya puesta, maniobras de Valsalva, etc.”; valoración que en sustancia se recoge también en el informe pericial... en el que se señala que “tras una cirugía de aneurisma de aorta abdominal su incidencia se ha estimado en un 28%”, así como que “el 60% de las eventraciones, ocurren



en el primer año de seguimiento tras la cirugía” y su aparición “está relacionada con la presencia de factores de riesgo como la obesidad, la diabetes y/o la inmunosupresión”.

El informe de... apunta, igualmente, que “las eventraciones de pequeño tamaño y asintomáticas, en general, no deben intervenir, sí las sintomáticas y/o aquellas que progresan y aumentan de tamaño independientemente de la sintomatología”; aconsejando en el primer caso la utilización de faja de contención abdominal.

De ahí que, al reclamante, conforme consta en el informe de alta médica de la intervención del aneurisma aórtico de fecha 14 de mayo del 2013, se le recomendara “llevar una faja de contención abdominal durante un periodo mínimo de un mes, evitando durante ese tiempo realizar esfuerzos con la musculatura abdominal como coger peso”. Prescripción que se le indicó por los antecedentes de su Historia Clínica que le hacía propenso a las eventraciones al concurrir posibles factores de riesgo como la obesidad, la diabetes, la presencia de un abdomen hostil dado su antecedente de cirugía de vesícula, y el tipo de intervención al que se sometió para el aneurisma que presenta, como inconveniente, la denervación de músculos abdominales laterales.

En el seguimiento que se hizo al reclamante en la primera revisión, 7 de agosto de 2013, se evidenció una eventración en la zona de la cicatriz quirúrgica, indicándole de nuevo que utilizara la faja de contención abdominal hasta completar los 6 meses prescritos desde la intervención.

En la revisión de los seis meses, 27 de marzo del 2014, refirió molestias asociadas a la hernia incisional (eventración), definiéndose en ese momento como de “gran” tamaño, por lo que se le remitió de forma preferente a la Unidad de Pared.

El 2 de Mayo de 2014 se le valoró en la Unidad de Pared y se le ofreció cirugía para la reparación de su eventración, firmando el consentimiento informado, siendo incluido en lista de espera, y solicitándose el preoperatorio.

Con fecha 15 de septiembre y 15 de octubre de 2014 se le realizaron la valoración anestésica, el seguimiento y los estudios preoperatorios, que fueron concluidos el 3 de febrero de 2015.

El 6 de febrero de 2015 se le ingresó y se le practicó la intervención de eventroplasia con malla por eventración lateral en vacío izquierdo que llegaba hasta el arco costal izquierdo, con orificio por fuera de la vaina de los rectos; se le dio el alta el 11 de febrero de 2015.

Mientras se encontraba ingresado, con fecha 9 de febrero de 2015, se le detectó una hernia inguinal izquierda de moderado tamaño de la que “no se tenía datos”, se le aplicó drenaje serohemático y se siguió su evolución. El 10 de febrero de 2015 se le retiró el drenaje y, ante la queja de la hernia inguinal, se le aplazó el alta médica para el 11 de febrero de 2015; se le programó para “la inguinal tras la revisión del mes”.

Con fecha 12 de marzo de 2015 se le sometió a consulta por la hernia inguinal izquierda de meses de evolución, y de tamaño que se reduce con las maniobras habituales; realizándose la intervención programada el 4 de junio de 2015 y cursando el alta médica tras un postoperatorio sin incidencias a las 24 horas de la intervención.

La pericial de... indica, respecto al tratamiento seguido con la eventraciones en don..., que: “La actitud tras el diagnóstico de la misma es el adecuado, inicialmente, al ser de pequeño tamaño y asintomática, se mantiene actitud conservadora, y es cuando, aumenta de tamaño y presenta síntomas cuando se deriva al especialista correspondiente, para su tratamiento”.

Por su parte, el informe del Jefe de la Unidad de Cirugía de Pared Abdominal, Área de Cirugía del..., pone de manifiesto la atención continua de la eventración, desde el 2 de mayo de 2014 hasta la intervención programada del 6 de febrero de 2015, y que de la hernia inguinal aparecida después en otro territorio del operado “no teníamos ningún dato”. Afirma que “no existe ninguna relación entre esas 2 hernias”, habiéndose intervenido esta segunda “el 4 de junio de 2015, sin que conste ninguna complicación”.

A todo ello hay que unir que la posibilidad de que sucedieran estas complicaciones se especificaron en el documento de consentimiento informado de la intervención quirúrgica del aneurisma de aorta abdominal, firmado por don... el día 2 de abril de 2013, en el que expresamente se señalan como posibles consecuencias, entre otras, las dilataciones de la zona de unión con la arteria que pueden necesitar nuevas intervenciones.

Cabe señalar que la atención sanitaria dispensada a don... por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea aunque no cumplió los plazos previstos en la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en atención especializada, en cuanto a la intervención quirúrgica de la primera eventración, no ha quedado acreditado que los daños que se señalan producidos sean consecuencia de ese retraso. Por otra parte se utilizaron los recursos disponibles conforme a la estructura organizativa sanitaria con la que se cuenta y se pusieron a su disposición los medios adecuados para tratar sus patologías según los síntomas que refería en cada momento, cumpliendo los actos médicos con las exigencias de la "*lex artis*".

Además, los padecimientos que aduce don... como secuelas relativos al dolor abdominal, las limitaciones de la movilidad (imposibilidad para agacharse y estirarse del todo), la deformidad del abdomen, las dificultades de micción y la posible reproducción de eventración se recogen como posibles efectos indeseados en los consentimientos informados, firmados el 12 de marzo y 2 de mayo de 2015, para la realización de las correspondientes operaciones de reparación de las hernias, sin que haya cuestionado la aplicación técnica-quirúrgica de las eventraciones como incorrectas. Elementos que por sí, como se resolvió en un caso próximo al que nos ocupa por la STSJ de Madrid, de 21 de abril de 2014 (Sala de lo Contencioso-Administrativo), núm. 336/2014, excluirían la responsabilidad que se reclama a la Administración sanitaria.

Por otra parte, ha quedado también acreditado que don... antes de la intervención del aneurisma de aorta sufría diversas alteraciones prostáticas, habiendo sido diagnosticado de una cistitis glandular en el año 2000, estudiado posteriormente por síndrome urgencia-frecuencia miccional, además de prostatismo y papilomas en la vejiga. Razón por la cual, según

señala el informe de..., los problemas que alude en relación a esta cuestión no cabe ligarlos a la reparación de la hernia incisional.

Por tanto, este Consejo entiende que no ha quedado acreditado que el reclamante haya sufrido un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, no mediando relación de causalidad entre el proceder médico de la Administración sanitaria y los padecimientos aducidos por el reclamante.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que debe desestimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial por daños y perjuicios derivados del posible retraso en el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos formulada por don...

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.