

**Expediente:** 38/2021

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

**Dictamen:** 1/2022, de 11 de enero

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 11 de enero de 2022,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; don Hugo López López, Consejero-Secretario; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein, Consejera y Consejeros

siendo ponente don José Luis Goñi Sein,

emite por unanimidad de los asistentes el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 9 de noviembre de 2021 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, 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 doña..., don..., don... y don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos en relación con los daños y lesiones sufridas por doña...

A la petición de dictamen 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 (en adelante, SNS-O), desestimando la reclamación.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho**

### **I. 2ª. 1. Reclamación de responsabilidad patrimonial.**

Doña..., don..., don... y don..., mediante escrito fechado el 15 de noviembre de 2019, presentaron ante el Consejero del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra una reclamación de responsabilidad patrimonial por presuntos daños y perjuicios, derivados de supuesta negligencia profesional médica de los Servicios Sanitarios. En la reclamación se indica que:

1. Con fecha 28 de marzo de 2018, doña... ingresa en el Servicio de Neurocirugía del ... para tratamiento quirúrgico programado, siendo el motivo de su ingreso: *“Intervención quirúrgica programada: Hemangioma agresivo D8 con mielopatía. Análisis cronológico de las intervenciones quirúrgicas evolución y comentarios”*.

2. La paciente es intervenida quirúrgicamente el día 28 de marzo de 2018 practicándose laminectomía D7-D8 con descompresión de saco dural y artrodesis con tornillos pediculares y barras D7-D10, cementando niveles D8-D9 con PMA (sistema Socore), dejando drenaje epidural a reservorio. Tras la intervención inicialmente presenta leve paresia EEII global 4/5, sin otros déficits añadidos. Se realiza Rx de control, que muestra correcta implantación aparente de material de artrodesis y material de vertebroplastia.

3. El día 30 de marzo de 2018 presenta incremento de dolor a nivel dorsal con disminución de fuerza en EEII, desarrollando paraplejía completa por lo que se realiza TC urgente dorsal en el que se informa de hallazgos sospechosos de estenosis de canal en niveles D8 y D9 con foco hiperdenso en parte posterior del cordón medular a dicho nivel que parece corresponderse con hematoma epidural.

4. Se traslada a Quirófano de Urgencias para reapertura de herida quirúrgica y exploración de espacio epidural en el nivel intervenido, no objetivándose voluminosos hematomas a dicho nivel, completando hemostasia y limpieza de espacio epidural dorsal. Tras esta intervención

persiste cuadro de paraplejia con nivel D7-D8, preservando mínima sensibilidad táctil superficial distal.

5. Ante el cuadro parapléjico que presenta doña... es derivada desde el ... al Servicio del ... donde ingresa el 27 de abril de 2018 y permanece en el mismo hasta el 16 de noviembre de 2018.

6. El 20 de noviembre de 2018, desde Atención Primaria de Sangüesa, se deriva a la paciente al Servicio de Rehabilitación (Rehabilitación Neurológica, ...), al objeto de rehabilitación y seguimiento, recogándose, en la solicitud de interconsulta, lo siguiente: "PARAPLEJIA. IQ de hemangiomas agresivos en D7 y D8: Laminectomía D7-D8, descompresión saco dural y artrodesis con tomillos y barras (D7- D8) cementando D7- D8. Cuadro de Paraplejia postoperatoria en relación con edema medular vs isquemia medular aguda. Ha estado 7 meses en Rhb en Toledo. Recomiendan continuar con Rhb".

7. A consecuencia de las secuelas presentadas por la paciente, por Resolución de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de fecha 5 de diciembre de 2018, se declara a la señora... afecta de una incapacidad permanente en grado de gran Invalidez.

8. Asimismo, mediante resolución de la Dirección de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas del Gobierno de Navarra de 18 de marzo de 2018, se declara a la paciente con un grado de discapacidad del 80% con necesidad de asistencia de tercera persona.

9. En la reclamación se afirma que las lesiones y secuelas que padece doña... son una clara negligencia médica como consecuencia de una clara infracción de la "Lex artis ad hoc", tanto por las intervenciones quirúrgicas practicadas como por la ausencia de un consentimiento informado al no hacerse ninguna referencia explícita en estos documentos a la posibilidad de quedar la suscribiente en un cuadro parapléjico. La paciente entró por su propio pie a la primera intervención quirúrgica y luego de esa operación quirúrgica fallida que se intentó enderezar con una segunda intervención quirúrgica absolutamente ineficaz, ha quedado parapléjica a una edad

prematura, lo que no hubiera ocurrido de haber sido tratada con un mínimo de diligencia por los Servicios Médicos de la Administración Sanitaria.

10. Se añade que ese cuadro parapléjico y sus gravísimas limitaciones funcionales están afectando seriamente y de por vida al esposo e hijos de la suscribiente, los también reclamantes don..., como esposo de la paciente y los hijos comunes don... y don..., dado que todos ellos van a pechar de por vida con el desgraciado cuadro que tiene la esposa y madre de los suscribientes por una negligencia médica.

12. Para evidenciar la infracción de la lex artis y la causa efecto de los daños sobrevenidos a la paciente, así como los días de incapacidad hasta la estabilización de las secuelas y las limitaciones funcionales, los reclamantes aportan un informe pericial médico de don..., especialista en dermatología, que es reproducido literalmente en la reclamación, y cuyas conclusiones son las siguientes:

*“- ...no hay ningún género de dudas de que el origen y causa del cuadro parapléjico que presenta la paciente está vinculado a la operación quirúrgica realizada a esta, en fecha 28/03/2018”.*

*“- Las intervenciones quirúrgicas llevadas a efecto en... infringieron la llamada lex artix ad hoc, con efectos contrarios a los fines perseguidos con aquellas intervenciones quirúrgicas. A mi entender fallos en la pericia de las operaciones quirúrgicas que provocaron la lesión espinal y demás imprevisiones que se señalan en el apartado de este dictamen”.*

*“- El consentimiento informado no fue lo suficientemente explícito donde ni se contempla la mínima posibilidad de quedar la paciente en estado parapléjico y sin esa claridad mal se puede dar un consentimiento informado”.*

*“- La estabilización lesional arranca desde la fecha 18/03/2018 hasta el 16/11/2018 donde a la paciente se le da de alta por el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo lo que totaliza un periodo de 264 días.*

*De este periodo 40 días se consideran muy graves por ingreso hospitalario y el resto, 224 días, se conceptúan como graves.*

*Las secuelas que afectan a la paciente... son las siguientes:*

*Secuelas Psicofísicas:*

*Epígrafe 0309 material de osteosíntesis en columna vertebral 15 puntos.*

*Epígrafe 01013 paraplejia 87 puntos.*

*Epígrafe 01024 síndrome de cola de caballo, incluye trastornos motores sensitivos y de esfínteres 75 puntos.*

*Epígrafe 01016 síndrome medular transverso 70 puntos.*

*Epígrafe 01164 trastornos neuróticos, trastornos depresivo mayor 25 puntos.*

*Perjuicio estético:*

*Epígrafe 11006 importantísimo 50 puntos.*

*Las secuelas que presenta la paciente Doña... son todas concurrentes e intergravatorias.*

*Se dan así mismo las siguientes circunstancias, dado cuadro parapléjico que presenta la paciente y su carácter de gran invalido tales como:*

*Perjuicio excepcional.*

*Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de la lesionada.*

*Rehabilitación domiciliaria y ambulatoria constante.*

*Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida del gran lesionado.*

*Necesidad adecuación de la vivienda.*

*Perjuicios morales de los familiares”.*

13. En atención a lo expuesto y teniendo en cuenta las secuelas y los días de incapacidad, solicita una indemnización de un millón novecientos noventa y siete mil cuatrocientos siete euros.

### **I. 2ª.2. Instrucción del procedimiento e informes**

Por Resolución 59/2019, de 4 de diciembre de 2019, de la Jefa 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 23096/2019; 2º) nombrar instructor 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 15 de noviembre de 2019, además de indicar los efectos del silencio administrativo negativo; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y su notificación al interesado.

#### **A) Informe emitido por la Jefa del Servicio de Neurocirugía del ...**

Iniciada la instrucción, el instructor del expediente solicita del Servicio de Neurocirugía del ... informe sobre la atención sanitaria prestada a doña...

Dicho informe es evacuado, con fecha 19 de diciembre de 2019, por doña..., Jefa del indicado Servicio de Neurocirugía. En dicho informe, tras revisar la documentación existente en la historia clínica, así como la entregada por los demandantes, se concluye que:

*“la indicación de cirugía era correcta, puesto que esa lesión estaba causando compromiso radiológico y neurológico (sensitivo) y en su evolución cabía esperar un deterioro neurológico mayor, dada la historia natural de su proceso.*

*Por otra parte, estamos de acuerdo en que el consentimiento informado por escrito que se entregó a la paciente presenta deficiencias y no se ajusta a los riesgos del procedimiento realizado. El consentimiento que se le entregó fue el de una “Artrodesis lumbar” y no recoge la posibilidad de lesión medular y paraplejía y aunque el médico responsable anota a mano que se trata de una artrodesis dorsal (artrodesis D7-D10 con laminectomía y cimentación D8-D9), no están recogidos de forma explícita los riesgos de una intervención dorsal en este consentimiento que está más indicado hacia procedimientos lumbares y que por tanto presentan distintos riesgos. Por otra parte, desconocemos la información verbal que se dio a la paciente en la que es posible que se explicaran dichos riesgos, pero no tenemos posibilidad de contrastarlo puesto que el Dr... no se encuentra trabajando en nuestro centro.*

*Durante el proceso de la intervención se pusieron todos los medios necesarios para garantizar la seguridad de la misma; no obstante, hubo complicaciones postoperatorias que también fueron tratadas con los medios y diligencia necesarios a pesar de los cuales el resultado fue de una lesión neurológica irreversible e incapacitante”*

## **B) Informe emitido por la Jefa del Servicio de Rehabilitación del ...**

Con fecha 17 de diciembre de 2019 se emitió informe por doña..., Jefa de Servicio de Rehabilitación del .... En el mismo se detallan las siguientes actuaciones:

*“Paciente de 62 años, remitida por su médico de cabecera, a solicitud del Hospital de Paraplégicos de Toledo con el diagnóstico de Síndrome medular T6 ASIA A, desde marzo del 2018.*

*Intervenida en Neurocirugía del ... el 28/03/2018 por hemangioma agresivo a nivel dorsal con sintomatología previa sensitiva en EElI con alteración de la sensibilidad profunda distal vibratoria -astrocinética-. Se realizó Laminectomía D7-D8, descompresión saco dural y artrodesis con osteosíntesis T7-T10 y cimentación D8-D9. Empeoramiento clínico el 30/03. Se le diagnosticó de hematoma epidural en lecho quirúrgico, con*

déficit motor en ambas EEII, precisando reintervención el 30/03/2018 para drenaje hematoma. Quedó con paraplejia EEII.

Derivada al Hospital de Parapléjicos de Toledo el 27/04/2018 para tratamiento rehabilitador, siendo dada de alta el 20/09/2018. No complicaciones durante su estancia en Toledo, pero tampoco mejora en movilidad en EEII.

Acude a consulta a este centro el 05/12/2018 en silla de ruedas manual con cojín antiescaras. Utilizaba buitrones bipedestación asistida y daba unos pocos pasos con un andador (arrastrando los pies). Requería autosondajes cada 6 horas. Irregular control intestinal. Incontinencia fecal (hábito intestinal cada 2-3 días). Dolor en zona abdominal y en zona charnela dorsolumbar. Toleraba levantada 5 horas mañana y 5 horas por la tarde.

Animo regular. No espasmos significativos en EEII. Barthel 50.

En la exploración del 05/12/2019 se apreciaba:

- Aceptable estado general. Colaborador. Aceptable equilibrio de tronco en sedestación.
- Traslados con tabla moderada ayuda (ayuda para pasarle piernas)
- Sensibilidad profunda con moderada afectación en EEII (mejor la izda.). Posicional bien.
- Mínima actividad motora voluntaria en EEII: Aductores der 1+ e izdo 1, psoas 0 bilat, cuádriceps der 2-e izdo 1, glúteo mayor 0 bilat, glúteo medio der 1 e izdo 0, tibial anterior 1 bilat, flexor dorsal dedos pie der 2-e izdo, triceps sural der 2 e izdo 2-
- Hipertonía en ambas EEII Asworth 1+ (algo mayor en EEII) con inicio de clonus en Aquiles izdo. No rigideces articulares.

Se prescribió tratamiento rehabilitador ambulatorio a días alternos, con el objetivo de mejorar el equilibrio en bipe, potenciar control motor EEII Y cinesiterapia EEII (tiene transportes autónomos). Comenzó fisioterapia el 10/01/2019.

En la revisión del 04/04/2019 no refería cambios en cuanto a movilidad de EEII seguía con sondajes intermitentes cada 6 horas. No complicaciones. Refería dolor en cintura por debajo de nivel T10 (sobre todo por las tardes). Escala de Barthel 40.

Acude a revisión el 04/06/2019. Refería tolerar 30 minutos en bipedestador. Se pone los bitutores en casa todos los días durante 45 minutos. Se encontraba similar en cuanto a movilidad de EEII y continuaba con sondajes intermitentes cada 6 horas.

*Persistía con dolor en cinturón por debajo de nivel T10 (sobre todo por las tardes) a pesar de analgésicos (Nolotil, Lyrica, Lioresal, etc.). EVA 8/10. Barthel 35.*

#### **EXPLORACIÓN FÍSICA (04/06/2019)**

*Entra en silla de ruedas en consulta autopropulsable. Buen estado general. Colaboradora. Transferencias con tabla con moderada ayuda (ayuda para pasarle las piernas). Aceptable equilibrio de tronco en sedestación. Sensibilidad profunda con moderada afectación en EEII (mejor izda). Posicional bien. Mínima actividad motora voluntaria en EEII: Aductores der 2+ e izdo 2, psoas der 1 e izdo 0, cuádriceps der 2 e izdo 2+, glúteo mayor 1 bilat, glúteo medio der 0 e izdo 0, tibial anterior 2 der e izdo 1, flexor dorsal dedos pie der 2 –izdo 1, tríceps sural der 3 e izdo 2, isquitibiales der 1 e izdo 0. Hipertonía en ambas EEII Asworth 1+ (algo mayor en EII) con clonus en Aquiles izdo. No rigideces articulares.*

#### **DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**

*Síndrome medular T8 ASIA B con afectación esfinteriana y vejiga hiperrefléxica con disiner-gia esfinteriana (28/03/2018).*

#### **PROCEDIMIENTO**

*Alta de fisioterapia ambulatoria.*

*Se indica Tapentadol Retard 50 cap/12 h y valorar faja dorsolumbar, aunque dice no tolera presión.*

*Se beneficiaría de pedales eléctricos y bipedestados en domicilio (se prescribe bipedestador dinámico tipo Thera Trainer).*

*Comentamos posibilidades de realizar tratamiento rehabilitador de mantenimiento en Asociaciones como ACODIFNA e IBILI, dado que en este centro no es factible realizar dicho tratamiento."*

#### **C) Informe Médico Pericial emitido por especialistas de "...” (...)**

Consta en el expediente un informe pericial emitido por el doctor..., Licenciado en Medicina y Cirugía, Especialista en ejercicio en Neurocirugía, Colegiado en Madrid con número 2861568, Profesor Colaborador de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo-CEU y Máster especialista en Pericia Médica, Valoración Médica del Daño Corporal y Resolución Extrajudicial de Conflictos.

En el informe, de fecha 5 de marzo de 2020, suscrito por el referido médico-especialista en Neurocirugía, se efectúa un resumen detallado de la historia clínica, realizándose diversas consideraciones médicas relativas al



caso y analizándose la praxis seguida en relación con la asistencia prestada a doña... por el Servicio de Neurocirugía del ... respecto al diagnóstico y tratamiento de su patología de Columna Dorsal.

La pericial describe los antecedentes personales de la reclamante, detallando las intervenciones desarrolladas en el periodo objeto de análisis del 13 de marzo de 2018 al 4 de junio de 2019.

En la valoración de la praxis médica se destaca con respecto al diagnóstico y la indicación quirúrgica, que la paciente fue diagnosticada a partir de un cuadro clínico de debilidad en ambas piernas con hipoestesia (pérdida de sensibilidad de ambas extremidades) de un hemangioma agresivo con fractura patológica en D8, con edema medular (mielitis), a partir de la RM Dorsal realizada en marzo de 2018, presentando asimismo una lesión similar en la vertebral subyacente D9. Por otra parte, se indica que:

“- La paciente presentaba de forma previa a la cirugía un cuadro clínico compatible con la existencia de un edema medular previo (mielitis) provocado por su patología dorsal, fractura patológica por hemangioma agresivo. *Este cuadro clínico fue el desencadenante del estudio realizado. La paciente presentaba debilidad en las piernas, referida durante la anamnesis y registrada en la historia, así como una alteración sensitiva en forma de hipoestesia, prolongada durante los últimos tres meses. Todo ello compatible con el cuadro ya establecido de mielitis o edema medular.*

- Se realizó la prueba diagnóstica adecuada: RM dorso lumbar. *En la misma se objetivaron tres lesiones distintas y correlativas: la existencia de un hemangioma agresivo, que había provocado la presencia de una fractura patológica del cuerpo de D8, derivada de él, y la consecuente afectación medular, en forma de mielitis.* Por lo tanto, precisaba obligatoriamente de tratamiento quirúrgico preferente, dado que la progresión de la sintomatología medular hubiese sido inevitable de otra forma.

- *Se estableció una indicación quirúrgica destinada a varios objetivos: por un lado, dar estabilidad a la columna dorsal para tratar la fractura y el hemangioma (instrumentación transpedicular D7-D10 y cementación en D8 y D9), por otro lado, descomprimir la médula espinal, dado los signos incipientes de edema medular, mediante laminectomía.* La indicación quirúrgica establecida fue correcta e intentó mediante diferentes técnicas tratar las múltiples lesiones que cohabitaban en la paciente (hematoma, fractura y edema medular). Se ajusta de forma completa a la praxis habitual para este tipo de casos.

- La paciente firmó los consentimientos informados para anestesia y cirugía. El consentimiento informado para la cirugía que se entregó a la paciente recoge los datos de una artrodesis lumbar. La paciente fue intervenida de una artrodesis dorsal, sin embargo, la técnica quirúrgica de una y otra son muy similares, dado que la colocación de los tornillos transpediculares, así como la laminectomía se realiza de la misma forma.

(...)

Sin duda hubiese sido más adecuado la entrega de un consentimiento dirigido a la región dorsal intervenida, para recoger los riesgos específicos, sin embargo, el cirujano fue consciente de ello e individualizó el contenido del mismo, con anotaciones de su puño y letra, por lo que es razonable entender que la paciente fue debidamente informada, dado que en el documento firmado se recoge exactamente la cirugía que posteriormente se realizó”.

En cuanto a la cirugía y el postoperatorio se anota que la paciente fue intervenida el día 28 de marzo de 2018, realizando la técnica quirúrgica explicada previamente, sin incidencias durante el intraoperatorio, según queda recogido en el parte quirúrgico:

“- La paciente fue valorada de forma precoz en la Unidad de Reanimación, objetivando inicialmente únicamente una leve paresia en la extremidad inferior izquierda. Así queda recogido en el evolutivo del día 28 de Marzo a las 20:11 hs

(...).

No obstante, en este momento el cirujano ya recoge que se explica a la familia la posibilidad del edema posquirúrgico, e indica vigilancia neurológica estrecha.

*El edema medular posquirúrgico es la afectación inflamatoria de la médula espinal que aparece de forma posterior a la cirugía, dada la naturaleza muy sensible y poco tolerante a cualquier tipo de mínima manipulación que presenta la médula espinal dorsal. Esta posible complicación es aún más probable cuando dicho edema o mielitis, ya está presente antes de la cirugía, como en esta paciente, por el agravamiento del edema previo, y aparece incluso en las cirugías realizadas con la técnica quirúrgica más óptima posible, y en la mayor parte de ocasiones es inevitable. El cirujano era conocedor de esto, como se demuestra por el hecho de que informa a la familia de forma precoz, así como del establecimiento del tratamiento desde el inicio con corticoides, la única medicación que puede ayudar a controlarlo.*

(...)

- La paciente permaneció inicialmente estable, con empeoramiento a las casi 48 hs de la cirugía, como queda recogida en la historia.

Ante el empeoramiento clínico se actuó de forma precoz y sin retrasos. Se realizó TAC Urgente, donde se objetivó aumento del edema, así como posible hematoma epidural, por lo que se realizó cirugía urgente.

(...)

*Ante esta situación la cirugía era obligatoria, dado que era la única oportunidad de mejoría para la paciente. Así se realizó, sin retraso, ni diagnóstico ni terapéutico: evacuando la colección hemática encontrada y revisando la laminectomía.*

(...)

- La actitud terapéutica del Servicio de Neurocirugía no solo fue correcta, sino que fue excelente en tiempo y forma.

*La paciente permaneció tras la cirugía sin mejoría. En la mayoría de los casos de sufrimiento medular severo, con edema medular importante, incluso a pesar del tratamiento óptimo y precoz, no se consigue una recuperación funcional de la misma, dada la poca tolerancia que tiene la médula espinal a la compresión y a la isquemia subsecuente.*

*- La paciente desarrolló una complicación grave, que es inherente al propio hecho de intervenir quirúrgicamente la región medular dorsal: un hematoma epidural con edema medular. Ésta fue tratada de forma muy precoz y acorde a la praxis médica habitual, con los medios necesarios en ese momento, a pesar de lo cual la paciente no presentó una recuperación funcional.*

*El estadio final funcional es secundario a la gravedad de la complicación acontecida sobre una medula espinal que ya estaba alterada de forma basal previa (mielitis) y por tanto con menos capacidad de resistencia. La atención neuroquirúrgica fue la necesaria y correcta en cada momento”.*

Por último, en cuanto a la evolución posterior, el informe subraya que la paciente fue seguida en todo momento y se comenzó de forma precoz la rehabilitación en el ..., para potenciar al máximo la posibilidad de recuperación con los medios disponibles. Añadiendo que, a pesar del tratamiento precoz, el edema medular siguió su evolución, como puede verse en la RM del día 13 de abril de 2018, siendo el principal responsable del resultado funcional final de la paciente.

Se precisa que la paciente fue trasladada al Centro Nacional de Paraplégicos para optimizar el tratamiento rehabilitador de su situación

funcional, momento hasta el cual fue seguida de forma estrecha por el Servicio de Neurocirugía del ....

En sus conclusiones generales, el informe médico de ... recoge lo siguiente

- “1. La paciente presentaba una afectación medular dorsal previamente a la cirugía, en forma de mielitis (edema medular), con repercusión clínica de hipoestesia (pérdida de sensibilidad) y debilidad en ambos miembros inferiores.*
- 2. Fue diagnosticada de forma correcta de Hemangioma agresivo en D9 y D8 con fractura patológica del cuerpo vertebral de D8, con edema medular por compresión. La técnica diagnóstica utilizada fue correcta.*
- 3. Se indicó cirugía de Artrodesis Dorsal D7-D10 con laminectomía y Cementación D8-D9. La cirugía era necesaria dada la afectación clínica presentada por la paciente. La indicación es acorde a la práctica habitual.*
- 4. La paciente firmó los consentimientos informados. El consentimiento informado quirúrgico entregado fue de artrodesis lumbar pero individualizado por el cirujano mediante puño y letra para el procedimiento específico que se iba a realizar (Artrodesis Dorsal D7-D10 con laminectomía y Cementación D8-D9), lo que es de práctica habitual en procedimientos complejos con varias técnicas simultáneas.*
- 5. El cirujano informó de forma precisa de la posibilidad del empeoramiento del edema medular desde las primeras horas del postoperatorio como queda recogido en la historia clínica.*
- 6. Durante el postoperatorio, a las 48 hs, se produjo un empeoramiento brusco de la movilidad de ambas extremidades inferiores con paraplejía. Se realizó TAC Dorsal Urgente, observando posible hematoma epidural, que fue intervenido de forma precoz y acorde a la práctica habitual. La cirugía era imprescindible.*
- 7. A pesar de las medidas realizadas la evolución de la paciente fue hacia una lesión medular completa, consecuencia de una complicación quirúrgica inherente al procedimiento, hematoma epidural y edema medular, sobre una medula espinal ya afectada y comprometida de forma basal”.*

En su conclusión final, el informe señala que, *“tras el análisis minucioso de la documentación aportada, encuentro la asistencia prestada por el Servicio de Neurocirugía del ... del Servicio Navarro de Salud fue acorde con la lex artis ad hoc en todo momento. No existen datos de mala praxis en el tratamiento y seguimiento llevado a cabo a Dña...”.*

## **Trámite de audiencia y alegaciones**

Mediante escrito de fecha 14 de septiembre de 2020, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia a los interesados por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, de otros documentos y de las justificaciones que estimaran pertinentes. Asimismo, se les dio copia de los informes médicos facilitados por los Jefes de los Servicios de Neurología, y de Rehabilitación del ..., además de la historia clínica remitida por el Gerente del ... y del informe médico pericial emitido por especialistas de “...” (...).

Por escrito de 16 de octubre de 2020, los reclamantes presentaron alegaciones aportando para su incorporación al expediente los informes periciales del doctor..., especialista en Neurocirugía, y de un nuevo informe complementario del doctor...

En dicho escrito de alegaciones, los reclamantes hacen, en primer lugar, las siguientes apreciaciones:

Doña... entra en quirófano por su propio pie y sale parapléjica posoperatoria en relación con edema medular diferido VS Isquemia medular aguda (ASIA A). Reiteran que el origen y causa de esta paraplejía es consecuencia de las operaciones quirúrgicas practicadas a la paciente el 28 de marzo de 2018 y el 30 de marzo de 2018, paraplejía que se da en una persona con una calidad de vida más o menos correcta, sin ninguna incidencia en su actividad laboral ni bajas médicas previas, que trabajaba por cuenta ajena como limpiadora del Ayuntamiento de Aibar.

Para evidenciar la infracción de *la “lex artis ad hoc”*, los reclamantes reproducen el informe pericial del doctor médico neurocirujano, ..., quien considera, en conclusión, que la reclamación está justificada por lo siguiente:

*“1. Consentimiento Informado no específico para la intervención que se iba a realizar.*

*2. No se extremaron las medidas de seguridad en este tipo de patología previamente y durante la actuación quirúrgica: Angiografía preoperatoria con posibilidad de embolización, minimizando riesgo preoperatorio, y monitorización intraoperatoria neurofisiológica.*

3. Cuando la enferma empezó a experimentar déficit neurológico no se realizó prueba de imagen urgente. Además, no existe la exploración neurológica del día 29, por lo que cabe pensar que el deterioro neurológico fue progresivo del 28 al 30 sin que se tomaran medidas precoces para evitar el daño neurológico definitivo que sufrió la enferma”.

Igualmente, los reclamantes ponen de manifiesto los errores de la “lex artis ad hoc” en que, según el informe complementario del doctor..., incurrieron los servicios de neurocirugía en las intervenciones de 28 y 30 de marzo de 2018, y cuyas conclusiones son:

“1ª) (...) se incumplió la lex artis ad hoc en lo que se refiere al consentimiento informado lo que se evidencia claramente en el documento consentimiento informado del 23/3/2018 encabezado de una artrodesis lumbar ajenos y distinto a la operación realizada a la paciente Doña..., omitiéndose de manera flagrante los riesgos intrínsecos de aquella operación quirúrgica, evidenciados tras la operación quirúrgica del 28/3/2018 que ha derivado a la paciente a un cuadro parapléjico irreversible con un grado de gran invalidez y dependiente severa.

2ª) Se incumplió nuevamente la lex artis ad hoc al no cumplir con la presentación de ningún documento informado ni para la operación quirúrgica del 30/3/2018 máxime ni para la anestesia precisa para esta operación con los consabidos riesgos que conllevaba como tampoco se dio ninguna información consentimiento informado para la anestesia implícita en esta última operación del 30/3/2018.

3ª) Incumplimiento de la lex artis ad hoc al no ofrecer a la paciente... las terapias alternativas y de muchísimo menos riesgo avaladas y reputadas por la ciencia médica a saber:

Radioterapia combatiendo con ello los angiomas (hemangiomas agresivos D8-D9).

- Embolización como procedimiento preoperatorio para disminuir complicaciones quirúrgicas por sangrado profuso de estas lesiones.
- No aplicación de la mielografía con contraste hidrosoluble o arteriografía vertebral.

4ª) No aplicación de la instrumentación debida para evitar los fallidos que indudablemente se produjeron en la intervención quirúrgica de la paciente Doña..., entre ellos la monitorización de la medula para diagnosticar precozmente las severas complicaciones de este tipo de cirugía, monitorización que en ningún caso se realizó.

5ª) No se extremaron las medidas de seguridad en este tipo de patología previamente y durante la actuación quirúrgica: Angiografía preoperatoria con posibilidad de embolización, minimizando riesgo preoperatorio, y

*monitorización intraoperatoria neurofisiológica, corroborado por el perito neurocirujano Doctor...*

*6ª) Cuando la enferma empezó a experimentar déficit neurológico no se realizó prueba de imagen urgente. Además, no existe la exploración neurológica del día 29, por lo que cabe pensar que el deterioro neurológico fue progresivo del 28 al 30 sin que se tomaran medidas precoces para evitar el daño neurológico definitivo que sufrió la enferma, corroborado por el perito neurocirujano Doctor...”.*

Con relación al informe de la doctora..., Jefa del Servicio de Neurocirugía del ..., se alega, de entrada, que “cuando acontecen los hechos en marzo de 2018 la cirujana ayudante del neurocirujano doctor... en aquella operación era precisamente la cirujana segunda la doctora doña..., y casualmente hoy en día Jefa de Neurocirugía del...”. Tras lo cual se afirma que “no existe ningún género de dudas que la lesión medular ASIA A que presenta la lesionada doña... trae su causa en la intervención quirúrgica que se le practicó el 28/03/2018, a lo que colaboró también en la intervención tardía del 30/03/2018”. A juicio del doctor... se cometieron una serie de errores, con clara quiebra de la “lex artis ad hoc”; a saber:

*“1) Errores gravísimos en todo lo referente al consentimiento informado para la operación quirúrgica del 28/03/2018 y ausencia de cualquier consentimiento informado para la intervención quirúrgica del 30/03/2018.*

*2) Errores esenciales y quiebra de la llamada lex artis ad hoc en las intervenciones quirúrgicas que se llevaron a efecto con la paciente Doña..., incluidos los preoperatorios, sin aplicar las terapias alternativas al uso para combatir los hemangiomas.*

*3) Ausencia de los instrumentos técnicos necesarios para cubrir con éxito las intervenciones quirúrgicas de la paciente tanto la del 28/03/2018 como la del 30/03/2018”.*

Por lo que respecta al informe pericial del doctor neurocirujano..., adscrito a..., se hacen las siguientes consideraciones:

*“El perito neurocirujano doctor... revela su manifiesta parcialidad en la redacción de su informe.*

*De entrada, llama poderosamente la atención el hecho relevante y significativo de que este perito jamás ha visitado ni explorado a la paciente... como tampoco se ha entrevistado con los familiares y a lo que se ve sí ha recogido, pero sesgadamente el informe de la Doctora Jefa de Neurocirugía del... pues en otro caso nos habría hurtado incluso lo que de manera meridianamente clara recoge la doctora... en lo que*

*se refiere a las gravísimas deficiencias en relación al consentimiento informado, (...).*

*Pues bien, para edulcorar las gravísimas deficiencias del informe consentimiento informado este perito médico lo enmascara de manera poco presentable. Así en la página 10 nos señala que aun cuando el consentimiento informado lo fue para la realización de una artrodesis lumbar tal y como recoge explícitamente la doctora... luego nos dice que ya fue subsanado cuando se transpone en letra manuscrita:*

*«Artrodosis D7-D10 + laminectomía D9 +CIMENTACION D8-D9»,  
menuda chapuza.*

*¿Cuándo se transcribe esta frase?, y en todo caso si ello era así, nada obstaba a ponerlo en el encabezamiento de dicho consentimiento informado de 23 de marzo de 2018, insistimos con la chapuza.*

*Independientemente de ello, nos encontramos con el hecho de que no existe en ese consentimiento informado y por supuesto a pesar de haber leído y analizado el informe de la Doctora... este perito médico de... cualquier referencia o alusión como así lo hizo la propia... Jefa de neurocirugía en su informe de fecha 19 de diciembre de 2019 donde como acertadamente recoge la Doctora... no se indica en ningún caso la posibilidad de lesión irreversible que es lo que desgraciadamente le paso a la paciente Doña...*

*Tampoco se hace la más mínima referencia a la inexistencia de cualquier consentimiento informado tanto para la intervención quirúrgica del 30/3/2018 ni para la aplicación de la anestesia necesaria a dicha operación.*

*(...) Menuda paradoja de entrada ya ha ocultado maliciosamente o lo ha tratado de tergiversar en un extremo fundamental como ya hemos relacionado sobre el consentimiento informado, máxime todo ello cuando recoge en su propio informe que existían grandes posibilidades de desembarcar en una lesión completa para la paciente Doña... sobre una medula espinal ya afectada y comprometida....*

*Circunstancia relevante en relación al consentimiento informado del 30/3/2018 nos la remite el Jefe de la Sección de archivo y documentación clínica Don...:*

*El marido de la paciente solicitó todos los consentimientos y se le respondió con esta carta.*

*«No disponemos del consentimiento relacionado con la intervención del 30/03/2018.*

*En contestación a la solicitud realizado por DON..., en representación de..., enviamos copia de la documentación clínica solicitada a la Sección de Archivo y Documentación Clínica.*



*No disponemos del consentimiento de la intervención del 30 de marzo de 2018».*

*Ausencia de consentimiento informado de la intervención del 30 de marzo de 2018.*

*Reiteramos no existe ningún documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica del 30 de marzo de 2018, pues bien a pesar de ello el perito médico Doctor... nos pretende hacer comulgar con ruedas de molino y da por bueno un informe consentimiento informado que por el propio jefe de la Sección de Archivo... nos reputa como inexistente y además nos oculta la omisión relente de cualquier consentimiento informado para la intervención 30 de marzo de 2018:*

*En cuanto al procedimiento seguido que recogemos en el apartado primero de este dictamen*

*Procedimientos quirúrgicos:*

*-Laminectomia D7-D8 con descompresión de saco dural y artrodesis con tornillos pediculares y barras D7-D10, cementando niveles D8-D9 con PMMA (Sistema Socore). (28-3- 18).*

*-Reapertura de herida quirúrgica y exploración de espacio epidural en el nivel intervenido, no objetivándose voluminosos hematomas a dicho nivel, completando, hemostasia y limpieza de espacio epidural dorsal (30-3-18).*

*Todo ello tal y como recoge el informe realizado por su médico responsable, Dr...*

*Existían también terapias alternativas a esta gravísima intervención quirúrgica.*

*Dicho lo anterior se omite cualquier referencia a las terapias alternativas que indudablemente existían pero que no se aplicaron:*

*- Radioterapia: esta técnica implica la aplicación de rayos X directamente en el lugar del problema. Los rayos destruyen las células del hemangioma y pueden detener su progresión.*

*- Embolización de arterias: consiste en impedir que la sangre llegue al angioma. Se inyectan por un catéter unas partículas formadas de esponja o gelatina que bloquearan a la arteria y al flujo de sangre al angioma.*

*- Inyecciones alcohólicas o vertebroplastias: consiste en inyectarle cemento a la vértebra dañada.*

*Para este perito médico adscrito a la aseguradora el Doctor... tampoco hace la más mínima alusión a lo que se recoge por el perito médico también neurocirujano con amplia experiencia profesional Doctor... a las medias de seguridad en este tipo de patologías (...)"*

Por último, en cuanto al quantum indemnizatorio y el principio de reparación integral de los daños, se añade que a la justificada indemnización postulada en la demanda deben adicionarse los costos de rehabilitación de la vivienda domicilio residencia de la lesionada doña... que importan 45.000 euros, ascendiendo así el importe total objeto de la reclamación indemnizatoria a la suma de 2.042.407 euros a la que habrá que adicionar los intereses legales correspondientes.

### **Propuesta de resolución**

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de fecha 22 de octubre de 2021 de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por doña..., don..., don... y don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos en relación con los daños y lesiones sufridas por doña...

En la misma se analiza, por una parte, si se ha infringido la “lex artis ad hoc” respecto a la asistencia sanitaria dispensada a la paciente en las intervenciones quirúrgicas practicadas, y por otra, la deficiencia e incorrección del documento de consentimiento informado presentado a la paciente para la intervención del 28 de marzo de 2018.

Sobre la primera cuestión, se procede a confrontar el informe de parte (tanto el inicial como el complementario) elaborado por el especialista en Dermatología, con el informe de..., realizado por un especialista en Neurocirugía, señalando que “no puede hacerse prevalecer la pericial elaborada por el especialista en dermatología -además de experto en valoración de daños corporales- sobre el informe del perito neurocirujano de..., puesto que a éste último se le suponen, en términos de la jurisprudencia citada, conocimientos específicos en la materia de los que aquél carece. Y todo ello sin que se observen en el informe de... errores manifiestos o apreciaciones irracionales o carentes de fundamento, que pudieran poner en cuestión el contenido del mismo”.

Admite, sin embargo, que es procedente confrontar el informe del médico de... con el informe pericial de parte elaborado por el médico neurocirujano,

dado que ambos son especialistas en neurocirugía y a ambos se les ha de suponer este conocimiento específico en la materia, así como la imparcialidad y objetividad que se exige al elaborar sus periciales.

Ahora bien, entiende que debe prevalecer el informe de... sobre el de parte en atención a que “los informes periciales aportados de parte no vienen a demostrar la comisión de una negligencia médica con la señora..., ni la vulneración de la *lex artis ad hoc* por el personal sanitario encargado de su intervención y postoperatorio, cuando precisamente es a los reclamantes a quienes correspondía, en virtud del principio general de la carga de la prueba contenida en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, su acreditación. Más bien al contrario, no desvirtúan las conclusiones que contiene el informe pericial de... sobre la praxis médica seguida en este caso, y que considera correcta y ajustada a la meritada *lex artis*”.

Se afirma que “el informe de parte realiza un compendio sobre las condiciones teóricas de seguridad que normalmente resultan de aplicación en los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos de pacientes con hemangiomas, pero no se pronuncia de manera expresa e individualizada sobre la situación concreta de la sra... previa a la cirugía, esto es, sobre la sintomatología que venía padeciendo desde hacía tres meses y que, como sí afirma la pericial de..., “(...) precisaba obligatoriamente de tratamiento quirúrgico preferente, dado que la progresión de la sintomatología medular hubiese sido inevitable de otra forma”.

Asimismo, en lo que concierne a si el mismo día de la intervención se debió haber realizado un escáner a la paciente, se observa que el perito de parte basa su argumentación “en que cuanto antes se realice la descompresión medular, mejores son los resultados. Sin embargo, obvia en su informe que, ante la leve paresia manifestada por la señora... el mismo día 28 de marzo de 2018 tras el proceso quirúrgico, en su Historia clínica aparece anotación de dicha fecha, a las 20:11 horas, por el Servicio de Neurocirugía, en la que queda patente que la opción del edema postquirúrgico era contemplada por el personal médico, y que estaba siendo ya tratado con corticoides, además de establecerse una vigilancia neurológica estrecha de la paciente. Tratamiento que, por otra parte, es calificado por el perito de... como

“...la única medicación que puede ayudar a controlarlo”. Se precisa, además, que:

“Resulta indiferente que se hubiera realizado un escáner el día 28 de marzo, pues el mismo no habría arrojado nada nuevo que el Servicio de Neurocirugía del... no estuviese ya contemplando, como es la presencia de un edema postquirúrgico. Y más aún, si la paciente presentaba ese día una leve paresia, que 48 horas más tarde derivó en paraplejía completa, es a buen seguro porque el edema era de menor entidad el día 28, y por tanto se hubiera visualizado en el escáner un edema que no se correspondería con el edema de la gravedad del que se objetivó el día 30 de marzo, el cual provocó la paraplejía. Por ello, aun habiéndose practicado el escáner el día 28 de marzo, este hubiera reafirmado la procedencia de la pauta de corticoides, sin que ello hubiese supuesto indefectiblemente una nueva intervención quirúrgica para la descompresión medular.

Porque lo que no aclara el neurocirujano de parte es si, ante la sospecha de edema postquirúrgico, la única solución plausible para la descompresión medular es la reintervención quirúrgica; esto es, por qué la pauta de corticoides, dada la situación neurológica de la paciente los días 28 y 29 de marzo de 2021, no se ajustaba a la *lex artis*.”

En cuanto a la segunda cuestión suscitada por los reclamantes cual es la deficiencia e incorrección del documento de consentimiento informado presentado a la paciente para la intervención del 28 de marzo de 2018, la propuesta de resolución considera que:

“... debido a la patología de la paciente y a su pronóstico, no había alternativa a la intervención quirúrgica realizada, pues de lo contrario se hubiera dado el empeoramiento progresivo de la sintomatología de la Sra... (falta de sensibilidad en ambas extremidades interiores, sensación de frialdad, fallo de ambas piernas, etc.).

A mayor abundamiento, el propio perito de..., también especialista en Neurocirugía, incide en su informe en que “...*el cirujano (neurocirujano) fue consciente de ello e individualizó el contenido del mismo, con anotaciones de su puño y letra, por lo que es razonable entender que la paciente fue debidamente informada, dado que en el documento firmado se recoge exactamente la cirugía que posteriormente se realizó*”.

En consecuencia, procede realizar dos afirmaciones al respecto sobre la pretendida incorrección de los documentos de consentimiento informado por insuficiencia de la información facilitada respecto a los riesgos. La primera de ellas, como ha quedado ya establecido, es que en dichos documentos se contenían riesgos que pueden considerarse similares a la paraplejía que sufrió la reclamante tras la intervención del

28 de marzo de 2018, y que por tanto la inclusión específica del riesgo de paraplejia no hubiera alterado razonablemente el consentimiento otorgado por ella, cuya patología además no permitía alternativa diferente al procedimiento quirúrgico, a riesgo del avance y progresivo empeoramiento de sus síntomas en las extremidades inferiores.

Y la segunda de ellas es que no existe una relación de causalidad directa entre los daños y secuelas sufridos por la paciente –en síntesis, la paraplejia que padece- y el contenido de los documentos de consentimiento informado, pues tales secuelas derivan directamente de un edema medular y un hematoma postquirúrgico, habiéndose ya establecido anteriormente que la práctica quirúrgica llevada a cabo fue en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*”.

Por último, en cuanto a que para la intervención de urgencia del 30 de marzo de 2018 tras presentar la paciente el cuadro de paraplejia, únicamente se otorgó, por la misma, consentimiento para la administración de anestesia (idéntico al otorgado el 27 de marzo de 2018), sin que conste consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico propiamente dicho, la propuesta de resolución anota que:

“... en el caso de la Sra..., aun no mediando consentimiento informado para la intervención urgente del 30 de marzo de 2018 –sí consta el consentimiento para la anestesia-, no puede entenderse cabalmente que el facultativo responsable, ante la paraplejia presentada por la paciente súbitamente en dicha fecha, no hubiera informado verbalmente a la misma ni a sus familiares de que procedía tratamiento quirúrgico como única solución para tratar de corregir dicha paraplejia, así como tampoco cabe entender en buena lógica que la reclamante no hubiera aceptado someterse a la referida intervención, a buena cuenta de su estado, pues en ese momento no era considerado definitivamente como irreversible (precisamente la intervención se lleva a cabo con el objetivo de intentar revertir dicho cuadro).

Por tanto, en el presente caso no se ha vulnerado la autonomía de la voluntad de la paciente, pues en cada una de las dos intervenciones -28 y 30 de marzo de 2018- la Sra... pudo conocer en qué consistían y sus riesgos (si bien no detallados con extrema minuciosidad, pero comprensivos, en todo caso y en un sentido amplio, de las secuelas que ahora padece y de posibles secuelas incluso más graves), ya fuera por escrito, como en el primer caso, o de manera verbal para la segunda intervención, y consentir la práctica de las mismas”.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

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

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña..., don..., don... y don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos en relación con los daños y lesiones sufridas por doña... 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.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1. de la LFCN, el Consejo de Navarra debe ser consultado preceptivamente en los siguientes asuntos: i) Reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite una indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros.

En el presente caso se solicita una indemnización de dos millones cuarenta y dos mil cuatrocientos siete (2.042.407) euros más los intereses legales correspondientes, por lo que el presente dictamen se emite con carácter preceptivo.

## **II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento**

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP) regula en sus artículos 53 y siguientes el procedimiento administrativo común, conteniendo en sus artículos 65, 67, 91 y 92, las especialidades propias de los procedimientos de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente su iniciación, la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, la solicitud de informes y, por último, la resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación.

Disponen, por su parte, los artículos 122, en relación con el 58, ambos de la Ley Foral 11/2019, de 11 de marzo, de la Administración de la Comunidad Foral y del Sector Público Institucional Foral, que la resolución del expediente corresponderá a la persona que ejerza la gerencia o presidencia de los respectivos Organismos Autónomos.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención sanitaria prestada, obrando en el mismo el historial clínico remitido, los informes emitidos por los servicios médicos, así como el informe de la asesoría médica... en relación con los hechos objeto de la reclamación.

Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de los informes obrantes en el expediente y acceso al historial médico obrante en el expediente, presentándose por los reclamantes las alegaciones que se han considerado convenientes y aportándose por su parte diversos informes médicos, todo ello previo a la formulación de la propuesta de resolución.

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

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

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

El artículo 106.2 de la Constitución consagra el principio de la responsabilidad patrimonial extracontractual de las Administraciones públicas por las lesiones que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

El punto de partida lo constituye el artículo 32.1 de la LRJSP, a cuyo tenor “los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia

del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”.

En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 32.2). Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (art. 34.1 de la LPJSP). No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales y económicas que las leyes puedan establecer en estos casos (artículo 34. 1). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad Social (artículo 34.2). Los interesados solo podrán solicitar el inicio de un procedimiento, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo [artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en lo sucesivo, LPACAP)]. La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización, y en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

Por su parte, el artículo 77.1 de la LFACFN, dispone que, mediante el procedimiento en la misma, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá reconocer el derecho a indemnización de los particulares por



las lesiones que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley.

**II.4ª. La relación de causalidad y la antijuridicidad del daño: acerca del cumplimiento o no de la *lex artis*, en especial el consentimiento informado.**

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 10/2017, de 27 de marzo, 9/2020, 26 de marzo, o 16/2021, de 20 de mayo), 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 más 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 antijuridicidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la “*lex artis ad hoc*”; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991).

En el presente caso, el examen del expediente que se nos ha facilitado, evidencia los siguientes antecedentes de interés:

Doña..., paciente de 60 años de edad en el momento de producción de los hechos, diagnosticada previamente de hipertensión arterial, dislipemia e

hipotiroidismo, y sometida a histerectomía, como antecedentes más reseñables, presentaba en marzo de 2018 cuadro de tres meses de evolución, consistente en hipoestesia en EEl, sensación de frialdad en piernas y de posible fallo de las extremidades, así como cansancio.

El 13 de marzo de 2018 se realizó RMN dorsolumbar, observándose disminución de altura del cuerpo de D8, con hipointensidad en T1, isointensidad en T2, e hiperintensidad en STIR, con retropulsión sobre el canal medular comprimiendo la médula con signos de mielitis, en favor de fractura patológica por hemangioma agresivo. Asimismo, se observaron lesiones similares de características benignas en muro posterior de D9 y en el resto de cuerpos vertebrales, destacando las de D12, L1 y L3.

Con fecha 23 de marzo de 2018 se otorgó el consentimiento informado *para la intervención quirúrgica del día 28 de marzo de 2018 firmando el escrito titulado “Documento de consentimiento informado para artrodesis lumbar intersomática posterior. Plif”*. En la cabecera de dicho documento aparece una anotación manuscrita del facultativo responsable, identificando con exactitud el procedimiento correcto a seguir: *“Artrodesis D7-D10 +laminectomía D9 + cementación D8-D9”*. Con fecha 27 de marzo de 2018 tuvo lugar consulta con el Servicio de Anestesia para valoración del riesgo y otorgamiento del consentimiento informado, en relación con la administración de anestesia.

La paciente ingresó el 28 de marzo de 2018 a cargo del Servicio de Neurocirugía del ... (actualmente denominado ...), para intervención programada con motivo de hemangioma agresivo D8 con mielopatía, practicándose laminectomía D7-D8 con descompresión del saco dural, y artrodesis con tornillos pediculares y barras D7-D10, cementando niveles D8-D9 con PMMA, y drenaje epidural a reservorio.

Tras la intervención, a las 20 horas, se produjo valoración por Neurocirugía, permaneciendo la señora... estable clínicamente, y presentando leve paresia (EID 5/5; EII 3-/5), sin otros déficits añadidos. Se realizó prueba de Rx de control, que mostró correcta implantación aparente del material de artrodesis y vertebroplastia, no obstante, lo cual se informó a

la familia de la paciente acerca de un posible edema postquirúrgico, tratado con corticoides, y que fue objeto de vigilancia neurológica estrecha.

El 30 de marzo de 2018, la señora... manifestó incremento de dolor a nivel dorsal, con disminución de fuerza en EEII, llegando a desarrollar paraplejia (2 sobre 5 en derecha; 1 sobre 5 en izquierda). Ante dicha circunstancia, se ordenó TC urgente dorsal, que arrojó hallazgos sospechosos de estenosis de canal a niveles D8 y D9 con foco hiperdenso en parte posterior del cordón medular a dicho nivel, compatible con hematoma epidural.

El mismo día fue intervenida de urgencia para exploración de espacio epidural intervenido originariamente, sin que se objetivaran hematomas voluminosos, y realizándose hemostasia y limpieza del espacio epidural dorsal.

A pesar de lo anterior, la paciente continuó padeciendo cuadro de paraplejia a nivel D7-D8, con mínima sensibilidad táctil superficial distal, siendo valorada por el Servicio de Rehabilitación al objeto de instaurar programa de tratamiento, iniciándose el mismo el 4 de abril de 2018.

Con posterioridad a esta segunda intervención, mientras permanecía todavía ingresada, la señora... presentó reacción cutánea, diagnosticada como pustulosis exantémica aguda generalizada, siendo valorada por Dermatología. El cuadro cedió tras suspenderse la medicación antibiótica que estaba siendo administrada a la paciente, e iniciar tratamiento con *Prednisona*.

El día 13 de abril de 2018 se realizó RMN dorsal, que mostró cambios postquirúrgicos en la región dorsal, respecto a la laminectomía y la artrodesis en las vértebras D7 a D10. En los cuerpos vertebrales D8 y D9 se observó señal heterogénea interna, en relación con el material de cementación, y fractura patológica de D8, ya conocida, con mínimo desplazamiento de muro posterior hacia el canal. La médula dorsal, en el segmento intervenido, presentaba aumento de tamaño e hiperintensidad de señal, en relación con signos de edema, sin identificarse colecciones epidurales valorables.

Con fecha 21 de abril de 2018 se inició tratamiento antibiótico por ITU con *Ciprofloxacino* (500 mg/12 h), manteniéndose el mismo durante 10 días.

En vista de la persistencia de la paraplejia, se solicitó el traslado de la señora... al Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo para continuación y/o instauración de tratamiento, permaneciendo ingresada en dicho Centro desde el 27 de abril de 2018 hasta el 16 de noviembre de 2018.

El 20 de noviembre de 2018, desde Atención Primaria (Consultorio de Aibar), se derivó a la paciente al Servicio de Rehabilitación (Rehabilitación Neurológica, ...), siendo vista en consulta el 5 de diciembre de 2018, donde se objetivó "*Síndrome medular T8 ASIA B con afectación esfinteriana y vejiga hiperrefléxica con disinergia*", prescribiéndose a continuación fisioterapia ambulatoria a días alternos para mantener bipedestación, ejercicio con pedales eléctricos, potenciación del control motor de EEII, y cinesiterapia EEII, que se prolongó inicialmente desde el 9 de enero de 2019 hasta el 22 de febrero de 2019. En consulta de revisión de 4 de abril del mismo año se decidió continuar con la fisioterapia ambulatoria, recibiendo el alta en relación con dicha fisioterapia tras consulta de 4 de junio de 2019, emplazando a la paciente para posteriores consultas de revisión, sin bien con escasa mejoría funcional.

A lo largo de la evolución del proceso clínico descrito, y a consecuencia de las secuelas presentadas por la paciente, por Resolución de la Directora Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de fecha 10 de diciembre de 2018, se reconoció a la señora... una incapacidad permanente en grado de Gran Invalidez.

Asimismo, el 18 de marzo de 2019, la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas concedió a la paciente un grado de discapacidad del 80% con necesidad de asistencia de tercera persona, con efectos todo ello desde el 2 de julio de 2018.

Alegan, en síntesis, los reclamantes (la paciente doña..., su esposo don..., y sus dos hijos don... y don...) en fundamentación de la pretensión de la reclamación de la responsabilidad patrimonial de la Administración por los

daños causados a la paciente por personal a su servicio, los siguientes motivos:

- I. Infracción de la “lex artis ad hoc” respecto a la asistencia sanitaria dispensada a la paciente al no haber practicado terapias alternativas de muchísimo menor riesgo avaladas y reputadas por la ciencia médica.
- II. Mala praxis en las intervenciones quirúrgicas, bien por no aplicar la instrumentación debida, bien por no extremar las medidas de seguridad, o bien por no tomar, en el postoperatorio, medidas precoces para evitar el daño neurológico definitivo que sufrió la paciente
- III. Falta de consentimiento informado: la paciente no fue informada en ningún momento de la posibilidad de quedar en un cuadro parapléjico a consecuencia de los procedimientos terapéuticos practicados.

I.

Con relación al primer motivo de censura, se afirma, de acuerdo con lo señalado en el informe pericial del doctor..., especialista en Neurocirugía aportado por la parte, que se omitieron terapias alternativas a la gravísima intervención quirúrgica y de muchísimo menor riesgo avaladas y reputadas por la ciencia médica; en particular: 1) Radioterapia, combatiendo con ello los angiomas (hemangiomas agresivos D8-D9); esta técnica implica la aplicación de rayos X directamente en el lugar del problema, lo que permite destruir las células del hemangioma y detener su progresión; 2) Embolización como procedimiento preoperatorio para disminuir complicaciones quirúrgicas por sangrado profuso de estas lesiones; esta técnica consiste en impedir que la sangre llegue al angioma; se inyectan por un catéter unas partículas formadas de esponja o gelatina que bloquean la arteria y el flujo de sangre al angioma; 3) No aplicación de la mielografía con contraste hidrosoluble o arteriografía vertebral.

Este primer motivo debe desecharse, en primer lugar, porque el referido informe del doctor... contiene contradicciones y no es tan concluyente como

se infiere del escrito de alegaciones, para deducir la mala praxis que se pretende. El criterio valorativo de la incorrección del acto médico ejecutado por la supuesta omisión de las terapias alternativas, se compadece mal con determinadas consideraciones médicas vertidas en dicho informe pericial. Así, por ejemplo, se describe que:

*“1 Se trataba de una paciente con una compresión medular a nivel de D8 con mielopatía que requería la descompresión y la artrodesis que se realizó sin demora”;*

Esta frase no cuestiona la intervención médica practicada, al contrario, avala la intervención realizada como técnica normal requerida, e indica, además, que se ha actuado con la diligencia y prontitud requeridas.

*“2 Incluso en algún caso en el que no es posible embolizar, por estar la arteria espinal medular anterior comprometida, se han radiado estos tumores antes de la cirugía para reducirlos y disminuir el riesgo de sangrado”.*

Aquí se admite la eventual posibilidad de tratamiento alternativo mediante radioterapia, pero sin determinar que tal técnica sea obligatoria o que se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos.

*“Se han descrito algunos casos de transformación maligna probablemente por tratamientos radioterapéuticos repetidos”.*

Aquí tampoco se dice que el tratamiento radioterapéutico esté prescrito necesariamente.

*“Publicaciones recientes sugieren la embolización como procedimiento para disminuir complicaciones quirúrgicas por sangrado profuso de estas lesiones. Y el tratamiento de la compresión radicular o medular es quirúrgico, mediante descompresión de estructuras neurológicas y reconstrucción vertebral si es necesaria”.*

De ello, parece inferirse que la embolización es una posible técnica preventiva adecuada para disminuir complicaciones, pero no que sea obligatoria, y nada empece a que el tratamiento de la compresión reticular se haga mediante el tratamiento quirúrgico si resulta necesario en el caso de la paciente.



En segundo lugar, el primer motivo de censura debe ser rechazado porque la valoración de falta de prescripción de terapias alternativas aparece claramente contradicha, tanto por el informe de la Jefa del Servicio de Neurología del..., como por el informe de.... La Jefa del Servicio de Neurología del... considera con total rotundidad que “... *la indicación de cirugía era correcta, puesto que la lesión estaba causando compromiso radiológico y neurológico (sensitivo) y en su evolución cabía esperar un deterioro neurológico mayor dada la historia natural de su proceso*”. Y de otra parte, el Informe de... asevera que “(e)n aquellos casos con afectación neurológica (hipoestesia, parestesias o alteraciones motoras) el tratamiento de la compresión radicular o medular es quirúrgico, mediante descompresión de estructuras neurológicas y reconstrucción vertebral si es necesaria”, y agrega que, de forma previa a la intervención quirúrgica, “se realizó la prueba diagnóstica adecuada: RM dorso lumbar”, en la que se objetivaron “tres lesiones distintas y correlativas: la existencia de un hemangioma agresivo, que había provocado la presencia de una fractura patológica del cuerpo de D8, derivada de él, y la consecuente afectación medular, en forma de mielitis. Por lo tanto, precisaba obligatoriamente de tratamiento quirúrgico preferente, dado que la progresión de la sintomatología medular hubiese sido inevitable de otra forma”. Parece deducirse que, en cualquier caso, la cirugía era necesaria

En consecuencia, si por la afectación clínica que presentaba la paciente, la cirugía devenía inaplazable, no se atisba ningún funcionamiento anormal de la prestación por la Administración por una supuesta omisión de terapias alternativas a la cirugía.

## II

En segundo lugar, los reclamantes realizan un esfuerzo dialéctico para sostener que hubo mala praxis con respecto a la primera intervención quirúrgica practicada a la paciente con fecha 28 de marzo de 2018, y durante el postoperatorio, así como en la segunda intervención llevada a cabo de forma precoz el 30 de marzo de 2018. Dicha mala praxis consistiría, según aducen los reclamantes, en resumen, en lo siguiente:

*“4ª No aplicación de la instrumentación debida para evitar los fallidos que indudablemente se produjeron en la intervención quirúrgica de la paciente Doña..., entre ellos la monitorización de la medula para diagnosticar precozmente las severas complicaciones de este tipo de cirugía, monitorización que en ningún caso se realizó.*

*5ª No se extremaron las medidas de seguridad en este tipo de patología previamente y durante la actuación quirúrgica: Angiografía preoperatoria con posibilidad de embolización, minimizando riesgo preoperatorio, y monitorización intraoperatoria neurofisiológica, corroborado por el perito neurocirujano Doctor...*

*6ª Cuando la enferma empezó a experimentar déficit neurológico no se realizó prueba de imagen urgente. Además, no existe la exploración neurológica del día 29, por lo que cabe pensar que el deterioro neurológico fue progresivo del 28 al 30 sin que se tomaran medidas precoces para evitar el daño neurológico definitivo que sufrió la enferma, corroborado por el perito neurocirujano Doctor...”.*

Con respecto de la cirugía del día 28 de marzo de 2018, cabe señalar que fuera de los informes aportados por los reclamantes, ninguno de los restantes informes técnicos que obran en el expediente hace la más mínima objeción a la procedencia de las actuaciones practicadas en la paciente; ni a los medios, ni tampoco a las medidas de seguridad utilizados. Al contrario, la Jefa del Servicio de Neurocirugía en la parte relativa a la asistencia prestada a la paciente manifiesta que: *“Durante el proceso de la intervención se pusieron todos los medios necesarios para garantizar la seguridad de la misma”*. Por su parte, la pericial de... observa que el objetivo de la intervención era tratar la fractura y el hemangioma, y descomprimir la médula espinal mediante laminotecnica, concluyendo que *“la indicación quirúrgica establecida fue correcta e intentó mediante diferentes técnicas tratar las múltiples lesiones que cohabitaban en la paciente...”* Sin embargo, el informe pericial de parte no explica la relevancia que *“la monitorización de la medula”* y demás medidas de seguridad omitidas, hubieran tenido en la evitación de las complicaciones de cirugía para la paciente. Nada anómalo en tal sentido se atisba, por otra parte, en la historia clínica, en la que únicamente consta que la cirugía se realizó el día 28 de marzo de 2018 con artrodesis con sistema traspedicular, al parecer sin incidencias, y que tras la misma, la paciente pasó a Reanimación (URPA) donde fue valorada neurológicamente dos veces, a las 16 y 20 horas, objetivándose la existencia de una paresia leve 3 sobre 5 en

extremidad inferior izquierda y con sensibilidad similar a la previa antes de la cirugía, sin dolor, informándose a la familia de posible edema postquirúrgico que se está tratando con corticoides y sometida a vigilancia neurológica estrecha.

Aparte se constata cierta coherencia interna del informe pericial del neurocirujano de parte, doctor..., porque se contradice de manera evidente sobre la falta de medidas de seguridad que en este tipo de patología se deben adoptar previamente y durante la actuación quirúrgica, porque después de censurar que *“No se realizó monitorización neurofisiológica intraoperatoria”*, añade a continuación *“aunque ello no tuvo repercusión en las secuelas neurológicas de la paciente”*. En definitiva, se confirma la escasa o nula relevancia que, en el hipotético caso de su aplicación a la paciente, pudieran tener las medidas omitidas o al menos la monitorización neurofisiológica intraoperatoria.

Por otra parte, en cuanto al postoperatorio, y a la opinión de la pericial del neurocirujano aportada por los reclamantes, que imputan el deterioro neurológico progresivo del 28 al 30 de la paciente a la falta de medidas precoces, este Consejo atribuye mayor fuerza de convicción a la opinión coincidente de la Jefa del Servicio Neurocirugía y de... que a la del perito de parte, y ello por varios motivos.

En primer lugar, porque no es totalmente cierto lo afirmado por el doctor... en su informe:

*“En la historia del día 30 se dice que la exploración del día 29 era la misma que el día 28, pero no aparece la exploración realizada el día 29. De todas formas al objetivar la pérdida de fuerza el día 28, aunque se achacara en un principio a edema medular, habría que haber realizado el mismo día 28 el scanner, pues cuanto antes se realice la descompresión medular, en este caso de un hematoma epidural, localización del sangrado, frecuente de los hemangiomas con empeoramiento neurológico, mejores son los resultados”*.

Procede, ante todo, desmentir la primera afirmación relativa a la ausencia de exploración del día 29 de marzo de 2018, porque efectivamente hubo exploración: en la historia clínica de la paciente aparece una anotación realizada el día 30 de marzo de 2018 por el Servicio de Neurocirugía del...

que reza del siguiente modo: *“Exploración de ayer día 29/03/2018 similar a la postoperatoria: EID 5/5 y EII 3-/5 con sensibilidad conservada en EEII”*.

En segundo lugar, tampoco tiene mucho sustento la censura relativa a que debió de haberse realizado el mismo día 28 el scanner a la paciente bajo el argumento de que cuanto antes se realice la descompresión medular, en este caso de un hematoma epidural, localización del sangrado, frecuente de los hemangiomas con empeoramiento neurológico, mejores son los resultados, porque el hecho cierto es que en la historia clínica de la paciente, en concreto, el comentario de fecha 28 de marzo de 2018, recoge de forma explícita la posibilidad de un edema postquirúrgico, e indica que se está tratando con corticoides, además de someterse a la paciente a una “vigilancia neurológica estrecha”. De forma que, la situación de un posible edema ya era conocida y contemplada por el personal médico y nada nuevo, que no supiera ya el Servicio de Neurocirugía del..., hubiera aportado el scanner, como bien señala la propuesta de resolución. Asimismo, la familia misma era conocedora de esta situación, como se demuestra por el hecho de que el cirujano informara de forma precoz del edema.

Por lo demás, el tratamiento prescrito es calificado por el perito de... como *“... la única medicación que puede ayudar a controlarlo”* y ello no ha sido desvirtuado por los reclamantes en ningún sentido. Si lo pautado no fuera lo verdaderamente recomendado para abordar la patología de la paciente (edema posquirúrgico), los reclamantes deberían haber alegado y acreditado que no era lo adecuado, pero no existe razonamiento alguno que desvirtúe la no conveniencia de aplicar el tratamiento prescrito con corticoides para disminuir los riesgos. En ningún momento, el perito neurocirujano de parte parece discrepar del hecho de haber tratado con corticoides, ni de la única solución plausible propuesta para la descompresión medular, cual fue la intervención quirúrgica practicada el día 30 de marzo de 2018.

Por último, se reprocha en el escrito inicial de reclamación, “fallos en la pericia de las operaciones quirúrgicas que provocaron la lesión espinal” de la paciente, pero ninguna discrepancia se concreta en el informe de perito de parte en torno a la indicación de la segunda intervención quirúrgica ni a la técnica quirúrgica empleada. Cabe resaltar que, como queda registrada en la

historia clínica, la paciente permaneció inicialmente estable, con empeoramiento a las 48 horas, y que ante tal empeoramiento clínico se realizó un TAC urgente, donde se objetivó aumento del edema, y posible hematoma epidural, por lo que se realizó cirugía urgente, siendo la única oportunidad de mejoría para la paciente. Al decir de..., *“la actitud terapéutica del Servicio de Neurocirugía no solo fue correcta, sino que fue excelente en tiempo y forma”*, sin que tal afirmación haya quedado contradicha por ningún concreto reproche.

De todo lo anterior concluimos que los reclamantes no han logrado cumplir con la carga probatoria que le impone el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil de acreditar que la primera intervención quirúrgica, el postoperatorio y la segunda intervención de urgencia fueran incorrectos, inadecuados o negligentes, por lo que ha de descartarse vulneración alguna de *“lex artis ad hoc”* con respecto a intervenciones médicas realizadas con la paciente, y, por ende, ha de rechazarse responsabilidad alguna de la Administración respecto del resultado lesivo o dañoso originado en el transcurso de la actividad del servicio público sanitario.

### III

Es también un hecho controvertido la ausencia de un consentimiento informado adecuado, pues consideran los reclamantes que la paciente no fue informada en ningún momento de la posibilidad de quedar en un cuadro parapléjico a consecuencia de los procedimientos terapéuticos practicados, vulnerándose, de este modo, la *“lex artis”*.

Antes de entrar a examinar si la ausencia de información en el caso de las dos intervenciones quirúrgicas a las que fue sometida la paciente supone una vulneración de la *“lex artis”*, es menester conocer las características y contenido del consentimiento informado. Tal cuestión ha sido analizada en numerosas sentencias, y, en particular, recientemente, en la sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 4 de febrero de 2021 (recurso número 3935/2019). En ella se recuerda que

*“...la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, regulaba, en el art. 10, entre los derechos del paciente, el de información en términos*

*comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, facilitando la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, que se refleja en la exigencia del previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención. No obstante, como señala la exposición de motivos de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el derecho a la información, como derecho del ciudadano cuando demanda la atención sanitaria, (...) fue objeto posteriormente de diversas matizaciones y ampliaciones por Leyes y disposiciones de distinto tipo y rango, que pusieron de manifiesto la necesidad de una reforma y actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad, que se plasma en dicha Ley, que establece entre sus principios básicos, la exigencia en toda actuación en el ámbito de la sanidad, con carácter general, del previo consentimiento de los pacientes o usuarios, consentimiento que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada y que se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley. Ello es consecuencia del derecho del paciente o usuario a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles (art. 2.2 y 3). La propia Ley define en el art. 3 el consentimiento informado como: «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud».*

*En cuanto al alcance del derecho a la información asistencial, se establece en el art. 4, el derecho de los pacientes a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley, información que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica y comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.*

*La exigencia de una información al paciente, verdadera, comprensible y adecuada a sus necesidades, que comprenda «toda la información disponible» sobre la actuación en el ámbito de la salud de que se trate, a salvo los supuestos excepcionados por la Ley, constituye el presupuesto necesario para que el consentimiento del paciente, necesario en toda actuación en el ámbito de la salud, pueda considerarse libre, voluntario y responda a una valoración fundada de las opciones propias del caso. Consentimiento que será verbal por regla general y se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de*

*notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (arts. 4 y 8).*

*En congruencia con ello, en el art. 10 se especifican las condiciones de la información y el consentimiento por escrito, en los siguientes términos:*

*«1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:*

*a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.*

*b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.*

*c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.*

*d) Las contraindicaciones.»"*

Hemos de añadir a lo anterior que el artículo 42 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, al regular el derecho a la información asistencial, dispone:

*“1. Todas las personas tienen derecho a recibir toda la información disponible sobre su proceso y sobre la atención sanitaria recibida.*

*2. La información debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, permitiendo comprender la finalidad y la naturaleza de cada intervención, así como sus riesgos y consecuencias.*

*3. (...)*

*4. La información, como regla general, se proporcionará al paciente verbalmente, dejando constancia escrita en la historia clínica. Esta información deberá darse de forma comprensible, adaptada a cada situación, de manera continuada y con antelación suficiente a la actuación asistencial para permitir a la persona elegir con libertad y conocimiento de causa.*

*5. Corresponde al profesional sanitario responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información.”*

De toda la regulación antepuesta se desprende, como sigue declarando la sentencia citada del Tribunal Supremo:

*“que la información facilitada al paciente debe ser la adecuada para que el mismo pueda decidir sobre la actuación sanitaria de que se trate, de manera libre y voluntaria y con los elementos de juicio necesarios, para*

*que la decisión resulte fundada, plasmándola en el correspondiente consentimiento. El alcance de la información se indica en los citados preceptos y su adecuación al caso supone la comunicación de las opciones en relación con la intervención de que se trate, sus resultados, riesgos y complicaciones previsibles. Como se señala en la sentencia de 29 de junio de 2010 (rec. 4637/2008) "el contenido del consentimiento informado comprende transmitir al paciente, es decir a la persona que requiere asistencia sanitaria todos los riesgos a los que se expone en una intervención quirúrgica precisando de forma detallada las posibilidades, conocidas, de resultados con complicaciones".*

Pues bien, en el presente caso se reseñan en la historia clínica actos de información a la paciente previos a la cirugía relativos a la anestesia y a la cirugía del día 28 de marzo de 2018. Consta, así, un consentimiento informado específico para la anestesia y otro otorgado el día 23 de marzo de 2018 para la intervención del día 28 de marzo, intitulado "*Documento de consentimiento informado para artrodesis lumbar intersomática posterior. Plif*". En la cabecera de dicho documento aparece una anotación manuscrita del facultativo responsable, identificando con exactitud el procedimiento correcto a seguir: "*Artrodesis D7-D10 +laminectomía D9 + cementación D8-D9*".

Respecto de si la información previa a la primera intervención facilitada a la paciente cumple con las exigencias legales anteriormente reseñadas, hemos de considerar que no recoge los requisitos o indicios suficientes para considerar acreditado el consentimiento informado. Como reconoce abierta y claramente la Jefa del Servicio de Neurocirugía del... en su informe "... *el consentimiento informado por escrito que se entregó a la paciente presenta deficiencias y no se ajusta a los riesgos del procedimiento realizado. El consentimiento que se le entregó fue el de una 'Artrodesis lumbar' y no recoge la posibilidad de lesión medular y paraplejía y aunque el médico responsable anota a mano que se trata de una artrodesis dorsal (artrodesis D7-D10 con laminectomía y cimentación D8-D9) no están recogidos de forma explícita los riesgos de una intervención dorsal en este consentimiento que está más indicado hacia procedimientos lumbares y que por tanto presentan distintos riesgos. Por otra parte desconocemos la información verbal que se dio a la paciente en la que es posible que se explicaran dichos riesgos, pero no tenemos posibilidad de contrastarlo puesto que el Dr. Vázquez no se encuentra trabajando en nuestro centro*".



El informe de... le resta importancia a la deficiencia presentada, en atención a que el cirujano fue consciente de ello e individualizó el contenido del mismo, con anotaciones de su puño y letra, por lo que entiende que la paciente fue informada debidamente, dado que en el documento firmado se recoge exactamente la cirugía que posteriormente se realizó.

Sin embargo, y a pesar de lo señalado, no se puede obviar o maquillar la realidad de los hechos, cual es que a la paciente se le entregó un protocolo sobre una intervención quirúrgica distinta a la prevista y que sobre tal texto impreso se dejó constancia de forma manuscrita tan solo del procedimiento quirúrgico a seguir, sin posible determinación del momento de su plasmación, y con ausencia de las consecuencias y de los riesgos que entrañaba tal tipo de intervención en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia y con respecto a las circunstancias personales de la paciente. Hay un hecho añadido, cual es que, según Gerencia del..., el documento de consentimiento informado para “abordaje quirúrgico de la columna torácica”, fue incorporado a la aplicación de Historia Clínica Informatizada en el mes de noviembre de 2018, lo que puede ser revelador de que no se encontraba disponible al momento de la intervención el 28 de marzo de 2018, y, por tanto, una muestra de la deficiente prestación de que, en términos generales, adolece el consentimiento informado. De todas formas, y con independencia de ello, la mera constancia manuscrita en el documento de consentimiento informado del tipo de intervención no constituye indicio suficiente para considerar que la paciente conociera los graves riesgos que asumía con la operación, ni para tener por probado que se le hubiese garantizado cabal y completamente la información.

Además, tal exigencia de información no puede entenderse cumplida, como se mantiene en el informe de... considerando que la técnica quirúrgica de una y otra son similares por cuanto la colocación de los tornillos transpediculares así como la laminectomía se realiza de la misma forma, y como asimismo pretende mantener la propuesta de resolución, argumentando que con el consentimiento informado asumiera riesgos similares a la paraplejia, e incluso otros más graves como el posible deterioro de las funciones cerebrales, el coma y la muerte, porque, como indica la Jefa del

Servicio de Neurocirugía del... *“el consentimiento que se le entregó (...) de una Artodesis lumbar no recoge la posibilidad de lesión medular y paraplejia”* y es evidente que la paciente debió ser advertida de estos riesgos. Parece que a la paciente se le hurtó el pleno conocimiento de los riesgos a los que se exponía sometiéndose a la intervención quirúrgica, al “no precisar de forma detallada las posibilidades, conocidas, de resultados con complicaciones”, en los términos señalados por las sentencias del Tribunal Supremo de 29 de junio de 2010 (recurso número. 4637/2008) y de 4 de febrero de 2021 (recurso número 3935/2019).

También se quejan los reclamantes de que tampoco hubo consentimiento informado para la aplicación de la anestesia y para la intervención quirúrgica de 30 de marzo de 2018. No resulta enteramente cierto lo señalado, pues consta que la paciente otorgó consentimiento para la administración de la anestesia. Sin embargo, es lo cierto que no otorgó consentimiento para el segundo procedimiento quirúrgico practicado el 30 de marzo de 2018. En principio, si a lo largo del proceso asistencial el profesional médico considera indicado el sometimiento del paciente a distintos procedimientos, éste debe recabar tantos consentimientos como actuaciones médicas se entiendan necesarias. Ahora bien, el Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativa), en la sentencia de 2 de noviembre de 2007 (recurso número 9309/2003) ha llegado a matizar esta exigencia indicando que basta con el consentimiento otorgado para la actuación en su conjunto, lo que no sirve de justificación en el caso presente, porque, como ya ha quedado señalado, no hubo realmente consentimiento informado o al menos no existe constancia escrita del mismo.

No obstante, concurren en el caso presente unas circunstancias especiales a las que cabe vincular la falta o defecto de consentimiento informado y que excluirían la posible infracción de la lex artis por vulneración de los derechos de reconocidos en la Ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente. Son las circunstancias reflejadas en la historia clínica del empeoramiento a las casi 48 horas de la primera cirugía y la necesidad de actuar de forma precoz y sin retrasos ante el hallazgo sospechoso de estenosis de canal en niveles D8 y D9 con foco hiperdenso en parte posterior

del cordón medular, practicando la cirugía como única oportunidad de mejoría para la paciente.

Hay que recordar que el consentimiento no resulta imprescindible, cuando, según lo previsto en el artículo 9.2. b) de la Ley 41/2002 citada, se trata de llevar a cabo intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud, como *“cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”*. O como señala también el artículo 50.1.b) de la Ley Foral 17/2010: *“Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento, no es posible conseguir la autorización de éste o de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”*.

En el presente caso, consta en la historia médica (Informe de Impresión de fichas, comentario de fecha 30 de marzo de 2018, del Servicio de Neurocirugía) que, una vez objetivado el posible hematoma epidural a través del TC urgente, se informó a la familia y se decidió la reintervención urgente. Es decir, que en un supuesto de intervención indispensable desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la paciente, como era el supuesto, se informó a las personas vinculadas a ella por razones familiares.

En suma, la falta de constancia escrita del consentimiento de la paciente para la segunda intervención no empece para que se tenga por cumplido el requisito del consentimiento informado, a tenor de lo dispuesto en los dos referidos preceptos y a la vista también de la interpretación jurisprudencial del artículo 8.2 de la Ley 41/2002, que, en sentencia de 20 de noviembre de 2012 (recurso número 5870/2011, entre otras) admite matizaciones a la exigencia formal del consentimiento por escrito, estableciendo que la *“regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito”*.

Así las cosas, la única posible infracción a la “lex artis” por omisión completa del consentimiento informado queda circunscrita a la intervención quirúrgica primera.

### **II.5ª. Indemnización por daño general.**

Falta por dilucidar si dicha infracción a la “lex artis” es susceptible de determinar el derecho a la correspondiente indemnización por el daño moral que supone la privación a la paciente de la capacidad de decidir fundadamente.

Sobre tal cuestión se ha pronunciado también la reciente sentencia citada del Tribunal Supremo de 4 de febrero de 2021 (recurso número 3935/2019).que, trayendo a colación otras anteriores resueltas en sentido afirmativo, como la sentencia de 29 de junio de 2010 (recurso número 4637/2008), y las en ella citadas (sentencias de 16 de enero de 2007, recurso número 5060/2002, 1 de febrero de 2008, recurso número 2033/2003, de 22 de octubre de 2009, recurso número 710/2008, sentencia de 25 de marzo de 2010, recurso número 3944/2008), insiste en que:

*“...el deber de obtener el consentimiento informado del paciente constituye una infracción de la "lex artis" y revela una manifestación anormal del servicio sanitario. Añade dicha sentencia que: «No solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado sino también descuidos parciales como aquí se invoca respecto a la primera intervención. Se incluye, por tanto, la ausencia de la obligación de informar adecuadamente al enfermo de todos los riesgos que entrañaba una intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la misma podían derivar.»*

*Por lo demás, tal planteamiento resulta de la propia regulación legal del derecho a la información y de la autonomía del paciente manifestada en el consentimiento informado, regulación que se ha examinado en el anterior fundamento de derecho, y que sujeta toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente al consentimiento libre y voluntario del mismo, previa la correspondiente y adecuada información que le permita adoptar su decisión fundadamente.*

*En consecuencia, ha de responderse a la cuestión planteada en el auto de admisión, que la ausencia de la referida información constituye una infracción de la lex artis.*

*En cuanto a la determinación de la indemnización, conviene señalar que tal infracción de la lex artis tiene autonomía propia, en cuanto incide sobre el derecho del paciente a decidir, libremente y con la información adecuada, sobre su sometimiento a la actuación sanitaria, privándole de la oportunidad de optar por el sometimiento o no a la intervención y, en su caso, aquella modalidad que entienda asumible, lo que puede traducirse en una lesión de carácter moral, al margen y con independencia del daño que pueda resultar de la infracción de la lex artis en la realización del acto médico. En este sentido, la sentencia de 2 de enero de 2012 (rec. 6710/2010) se refiere a la Jurisprudencia ya consolidada "relativa a la naturaleza autónoma y, por tanto, relevante por sí misma, de la infracción del derecho del paciente a conocer y entender los riesgos que asume y las alternativas que tiene a la intervención o tratamiento. Podemos citar la reciente sentencia de esta Sala y Sección de dos de noviembre de dos mil once, recurso de casación 3833/2009, en la que se reitera esta Jurisprudencia:*

*"b) Que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente (a tener por cierta en el caso de autos ante la duda no despejada sobre el cabal cumplimiento de aquella obligación) constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la "lex artis ad hoc", que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan. Causa, pues, un daño moral, cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. O, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de aquellos deberes de información sólo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria ( sentencias de este Tribunal Supremo, entre otras, de 26 de marzo y 14 de octubre de 2002 , 26 de febrero de 2004 , 14 de diciembre de 2005 , 23 de febrero y 10 de octubre de 2007 , 1 de febrero y 19 de junio de 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo, 19 y 25 de mayo y 4 de octubre de 2011)."*

*En el mismo sentido, la ya citada sentencia de 29 de junio de 2010 señala que "esta Sala viene admitiendo (por todas Sentencia 22 de octubre de 2009, recurso de casación 710/2008, con cita de otras anteriores, reiterada en la de 25 de marzo de 2010, recurso de casación 3944/2008) que en determinadas circunstancias la antedicha infracción produce a quien lo padece un daño moral reparable económicamente ante la privación de su capacidad para decidir.*

*También reitera esta Sala que esa reparación dada la subjetividad que acompaña siempre a ese daño moral es de difícil valoración por el*

*Tribunal, que debe ponderar la cuantía a fijar de un modo estimativo, atendiendo a las circunstancias concurrentes."*

*En consecuencia y para completar la respuesta a las cuestiones planteadas en el auto de admisión del recurso, ha de entenderse que dicha infracción de la lex artis es susceptible de determinar el dere lex artischo a la correspondiente indemnización por el daño moral que supone la privación al paciente de la capacidad de decidir fundadamente".*

A la luz de lo expuesto, ha de considerarse que la falta de información a la paciente que va a ser sometida a la intervención reparadora de sus patologías lumbares (varios hemangiomas comprendidos entre los niveles D8 y L3, con signos incipientes de mielitis) del posible riesgo de un cuadro de paraplejia, supone el incumplimiento del deber de obtener el consentimiento informado en las condiciones legalmente establecidas; un incumplimiento que constituye una infracción de la "lex artis", susceptible de determinar el derecho a la correspondiente indemnización por el daño moral que supone la privación a la paciente de la capacidad de decidir fundadamente. En este sentido, el Tribunal Supremo tiene declarado, en la sentencia de 4 de abril de 2000 (recurso número 8065/1995), que la "*situación de inconsciencia provocada por la falta de información (...) supone por sí misma un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención*".

La dificultad en estos supuestos radica en la determinación del quantum indemnizatorio, porque, como precisó la sentencia del Tribunal de 23 de marzo de 2011 (recurso número 2302/2009), el resarcimiento del daño moral por su carácter afectivo y de "*pretium doloris*", carece de módulos objetivos, lo que conduce a valorarlo en una cifra razonable que como siempre tendrá un cierto componente subjetivo, debiendo valorarse atendiendo a las concretas circunstancias concurrentes.

En este supuesto concreto y partiendo de la dificultad que encierra la valoración del daño moral, y atendidas las circunstancias personales de la paciente, en especial la edad de la misma (más de 60 años), las opciones disponibles (es decir, en qué medida existía la posibilidad real y razonable de elegir entre someterse al procedimiento quirúrgico o desistir), el hecho de que la operación quirúrgica no contravino con certeza los deseos de la paciente y

el daño o situación final de la paciente, fijamos esa indemnización de modo prudencial y siguiendo los criterios del Tribunal Supremo en la suma de cincuenta mil euros cifra que se entiende actualizada a la fecha de este dictamen.

En atención a todo lo expuesto, este Consejo de Navarra estima procedente que se conceda a doña..., don..., don... y don... la indemnización de 50.000 euros por el daño moral causado a doña... por la ausencia de información completa en su primera intervención quirúrgica de 28 de marzo de 2018.

### **III. CONCLUSIÓN**

El Consejo de Navarra considera que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por por doña..., don..., don... y don... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos en relación con los daños y lesiones sufridas por doña..., debe ser estimada parcialmente, procediendo abonar a los reclamantes la cantidad señalada en el cuerpo del dictamen.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE

EL CONSEJERO-SECRETARIO

Alfredo Irujo Andueza

Hugo López López