

Expediente: 7/2020

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

Dictamen: 12/2020, de 7 de abril

DICTAMEN

En Pamplona, a 7 de abril de 2020,

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 y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente don José Iruretagoyena Aldaz,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 10 de febrero de 2020 tuvo entrada en este 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 (en lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña... por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-O), solicitado por Orden Foral 42E/2020, de 5 de febrero, de la Consejera de Salud.

A la solicitud de dictamen se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación, incluyendo la

propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, desestimatoria de la reclamación.

I.2ª. Antecedentes de hecho y procedimiento tramitado

I.2ª.1ª. Reclamación de responsabilidad formulada

El 20 de febrero de 2019, mediante correo certificado, doña... (en adelante, la paciente), vecina de..., formula escrito de reclamación contra el SNS-O indicando que el 19 de enero de 2017 se sometió a una intervención quirúrgica programada de artrodesis lumbar realizada por el Servicio de Neurocirugía del..., precisando que, en concreto, se le practicó “disectomía L4-L5 y L5-S1 con artrodesis circunferencial L3-S1 con implantes intersomáticos L4-L5 y L5-S1 (capstone) y tornillos pediculares y barras L3-S1 (Sistema Legacy), e inmediatamente después de la intervención presentó sintomatología consistente en parestesias y disestesias en raíces sanas, así como dificultad miccional. Recibió el Alta hospitalaria el día 25 de enero, con remisión a consultas de Neurocirugía”.

La reclamación hace constar que un año antes, el 16 de febrero de 2016, la paciente fue ingresada para ser intervenida por el mismo Servicio si bien durante la inducción anestésica presentó un broncoespasmo con bradicardia y desaturación por lo que la intervención tuvo que ser suspendida, acudiendo a sucesivas consultas de alergología, neurología, neurocirugía y anestesia. Igualmente, se indica que en septiembre de 2015 se le había practicado a la paciente “rizólisis bilateral por radiofrecuencia de articulaciones L4-L5 y L5-S1 bajo control radioscópico sin incidencias”.

La reclamación continúa señalando que tras la intervención de enero de 2017 tuvo una primera revisión en consulta de enfermería de Neurocirugía para la retirada de las suturas de la operación en la que la que indicó a las enfermeras que no sentía nada, que no tenía sensibilidad de cintura para abajo y solicitó que se examinaran los edemas que presentaba en ambas piernas. Ante tal situación, las propias enfermeras avisaron al Neurocirujano que la intervino que se limitó a manifestar que la intervención

era muy reciente y que había que dejar más tiempo para una adecuada recuperación.

El 2 de marzo de 2017 la paciente acudió al Servicio de Neurocirugía apoyada en un andador y manifestó que continuaba sin sensibilidad de cintura para abajo, que no controlaba esfínteres, que no podía caminar más que unos pocos pasos y que sufría fortísimos dolores que la tenían constantemente postrada. Según la reclamación, su cirujano le indicó que la intervención había sido muy dura, que lo importante era como iba a estar dentro de unos meses y que se le volvería a citar para revisión.

Según la reclamación, durante los siguientes meses no recibió ninguna citación, continuando los dolores que motivaron llamadas a urgencias y que solo calmaban con morfina. El médico de familia tuvo que modificar la medicación pautando parches de Fentanilo y remitió un correo al Servicio de Neurocirugía explicando la situación, que tampoco recibió respuesta.

Ante tal situación la paciente formuló hoja de reclamación siendo citada en consulta de Neurocirugía por su cirujano el 22 de febrero de 2018. En dicha consulta, la paciente detalla al especialista los fuertes dolores que sufre, los edemas de las piernas, el dolor anal que le obliga a tumbarse lateralmente cada poco tiempo, su insensibilidad para las relaciones sexuales, su falta de control de esfínteres, su incapacidad para andar sin bastones y reprocha al doctor el que no se le haya dado ni un informe para que pueda solicitar ayuda social. Ante tal situación, el doctor le propone realizar un estudio neurofisiológico que se realizó el 11 de abril de 2018, aunque no fue firmado hasta el 9 agosto de 2018.

Del citado informe, que la reclamación transcribe íntegramente, podemos destacar los siguientes aspectos:

"Tipo de exploración: Electroneurograma. Motivo de exploración: neuritis o radiculitis lumbosacral no especificado. Resultado: Baja amplitud de los potenciales evocados motores con conducción dentro de límites normales.

Tipo de exploración: Electromiograma. Motivo de exploración, el mismo. Resultado: No se observan signos de denervación activa en reposo. PUMS de frecuencia de descarga y duración aumentado.

TIBIAL ANTERIOR IZQUIERDO: No se observan signos de denervación activa en reposo, PUMS neurogenos crónicos.

GEMELO MEDIAL BILATERAL: Se observan abundantes signos de denervación activa en reposo (fibrilaciones, ondas positivas). No se registra contracción voluntaria.

ESFÍNTER ANAL BILATERAL: Se observan signos de denervación activa en reposo. PUMS de duración aumentada.

CONCLUSIONES CONJUNTAS:

El estudio neurofisiológico realizado es compatible con moderada afectación radicular crónica L4-52 bilateral, con mayor compromiso y denervación activa en la musculatura dependiente de raíces L5 derecha, S1 y S2 bilateral.

NEUROFISIOLOGÍA (11/04/2018)

TIPO DE EXPLORACIÓN: ONDA F.

Motivo exploración: neuritis o radiculitis lumbosacral no especificado.

Nervios explorados CPE izquierdo

Tibial posterior Derecho

Tibial posterior izquierdo.

INFORME Ondas F desde CPE y tibial posterior izquierdo ligeramente retrasadas. Desde tibial posterior derecho en el límite alto.

NEUROFISIOLOGÍA (11/04/2018)

TIPO DE EXPLORACIÓN: REFLEJO H.

Motivo exploración: neuritis o radiculitis lumbosacral no especificado.

INFORME Ausencia de Reflejo H bilateral”.

La reclamación reitera, los trámites y gestiones que tuvo que hacer para ser recibida en consulta por el Neurocirujano (9 de agosto de 2018) y para recibir su informe (17 de septiembre de 2018) en el que se limitaba a reproducir parcialmente el estudio neurofisiológico y en calificar la situación cómo “síndrome de cirugía fallida lumbar”.

Ante tales hechos manifiesta que “no existió el preceptivo consentimiento informado del paciente con carácter previo a la intervención, no firmó ningún documento; que la intervención quirúrgica se demoró largamente y de modo incomprensible desde que la paciente presentase una grave sintomatología y que la intervención de enero de 2017 se realizó con base en una Resonancia Magnética Lumbar de 3 de marzo de 2015, a pesar

de los diferentes episodios padecidos por la paciente en esa zona durante ese tiempo y ser una zona previamente intervenida años antes y estar sometida a diversos tratamientos y cambios compresibles y que los daños derivados de la intervención han conllevado que sea declarada en situación de incapacidad permanente desde el punto laboral, que cabe calificar de absoluta o gran invalidez, e igualmente se le ha reconocido por el Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra un grado de discapacidad del 73 por 100, mediante Resolución de 29 de enero de 2019”.

Tras realizar una relación, sin ánimo exhaustivo, de las secuelas causadas por la artrodesis practicada, considera que “en definitiva, el actuar de los dependientes de esa Administración sanitaria ha provocado a la Sra... un conjunto de secuelas que conforman una situación de invalidez absoluta y grave discapacidad que ya hemos descrito aún parcialmente. Nadie le informó de esta eventualidad por lo que no existe el preceptivo consentimiento informado previo a la cirugía y de ello –entre otros motivos- deriva la obligación de esa Administración de responder a los daños causados”.

Los hechos relatados indican, a juicio de la reclamante, “un funcionamiento anormal de la administración sanitaria con vulneración de la *lex artis*, faltando el debido consentimiento informado al no existir una adecuada información previa de la intervención de la que han derivado unos daños acreditados, razón por la que se formula la presente reclamación por responsabilidad patrimonial del Servicio Navarro de Salud en la que se cuantifica el importe de los daños y perjuicios que han sido irrogados a la reclamante en la suma de un millón trescientos quince mil seiscientos euros (1.315.600 €)”.

Por lo que se refiere a la fundamentación jurídica, la reclamación hace referencia a la regulación contenida en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, respecto a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas y a las normas procedimentales que sobre esta materia contiene la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas,

considerando que se plantea por persona legitimada, dentro del plazo al que se refiere el artículo 67.1 de la LPACAP, concurriendo los requisitos que determinan la obligación de la Administración de responder por los daños causados, haciendo especial incidencia en lo relativo a la regulación del consentimiento informado y a la doctrina del Tribunal Supremo (sentencias en recursos de casación números 4637/2008 y 3944/2008).

I.2ª.2ª. Instrucción del procedimiento

Mediante Resolución 12/2019, de 28 de febrero, del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, nombrar instructor del procedimiento, informar al interesado de los efectos que se puedan derivar de su reclamación con respecto al acceso a los datos de su historia clínica, informar sobre el plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento y de los efectos del silencio administrativo.

Por la instructora del procedimiento se solicitó la historia clínica de la paciente relacionada con los actos médicos realizados en relación con la reclamación y, específicamente, los consentimientos informados que obren en relación con la reclamación, singularmente respecto a la intervención llevada a cabo en el mes de enero de 2017.

I.2ª.3ª. Historia clínica de la paciente

De la documentación obrante en el expediente se derivan los siguientes datos de interés de la historia clínica de la paciente: mujer que en el momento de la intervención, en enero de 2017, tenía 54 años de edad, que a los 22 sufrió un grave accidente de circulación con lesiones graves en extremidades inferiores (fractura luxación de tobillo derecho y lesión de ligamentos en el pie izquierdo) que precisaron una osteosíntesis y artrodesis de astrágalo hasta en tres ocasiones, siendo la última en 2002, y reparación de la rotura ligamentosa del pie izquierdo. Entre otros antecedentes médicos relevantes la paciente padecía síndrome del túnel del carpo y epicondilitis, colon irritable, poliposis y diverticulitis.

Igualmente se deriva de la información obrante que la paciente había sido valorada en múltiples ocasiones por especialistas en consulta ambulatoria de Neurocirugía, desde junio de 2002, por un cuadro de lumbalgia crónica.

La paciente, por causa de fuertes dolores lumbares, había sido previamente sometida a diferentes tratamientos: flavectomía y laminectomía por hernia discal; termocoagulación de carillas en región lumbar L3-L4, L4-L5 y L5-S1, el 22 de octubre de 2003; laminectomía bilateral L3-L5, el 11 de mayo de 2011; y rizólisis lumbar L4-L5 y L5-S1 bilateral, el 14 de septiembre de 2015.

Hay que indicar que el 22 de octubre de 2015 fue valorada en consulta de Neurocirugía en la que se observó que la paciente se encontraba muy limitada, con mucho dolor en la región lumbar y extremidad inferior derecha (EID) y con acusada limitación de movilidad de la columna vertebral por lo que se plantea tratamiento quirúrgico mediante artrodesis circunferencial L3-S1 con injerto PLIF a nivel L4-L5 y L5-S1. Se pide preoperatorio y se firma consentimiento informado.

El 26 de octubre de 2015 se realizan nuevos estudios radiológicos de la columna lumbar (telerradiología de toda la columna vertebral y RX dinámicas para valorar inestabilidad o desplazamientos vertebrales patológicos).

El día 17 de febrero de 2016 pasa a quirófano para intervención quirúrgica planificada, teniendo que suspenderse al sufrir la paciente durante la inducción anestésica broncoespasmo, bradicardia y desaturación.

La paciente fue sometida a estudio y valoración por los Servicios de Alergología (18 de marzo y 28 de abril de 2016); Anestesia (11 de junio de 2016) y Cardiología (26 de julio de 2016). Tras recibir los informes favorables para ser intervenida, la operación se programa nuevamente para el 19 de enero de 2017, fecha en la que se realiza "disectomía L4-L5 y L5-S1 con artrodesis circunferencial L3-S1 con implantes intersomáticos L4-L5 y tornillos pediculares y barras L3-S1".

Tras la intervención fue valorada en consulta de Neurocirugía en tres ocasiones, con el siguiente resultado:

“El 3/2/2017: Persiste dolor lumbar irradiado a EEII, más la izquierda de tipo parestesias/disestesias, con hipoestesia en territorio de cola de caballo con incontinencia de esfuerzo fecal.

Herida buen aspecto.

Ajusto medicación, añadiendo Adolonta 100 retard en pulsaciones 3-4 día. Reducir Fortecortin progresivamente.

El 2/3/2017: Presenta afectación radicular S1 bilateral, principalmente la izquierda con urgencia esfinteriana. Refiere que ha mejorado con respecto a antes de operar y deambula con andador. Actualmente con Fentanilo 75, Lyrica 1-1-1 y Vit B. Ha suspendido fortecortin y Adolonta. Volver en 6 meses y hacer entonces Rx.

El 22/2/2018: Persiste dolor neuropático en EEII (distesias, parestesias, alodina), trastorno de la marcha con ataxia. Disfunción esfinteriana con vejiga neurógena e incontinencia anal.

Solicito estudio neurofisiológico para valorar situación.

Una vez se realice, haré informe.

Rx: correcta implantación material artrodesis con escoliosis lumbar que no ha progresado.

Pauto tapentadol y aumento pregabalina.

El 9/8/2018: ver último informe de la paciente”.

El 11 de abril de 2018 se realiza a la paciente un estudio neurofisiológico ante las dolencias y limitaciones que refería, “cuyo resultado es compatible con moderada afectación radicular crónica en L4-L5 bilateral, con mayor compromiso y denervación activa en la musculatura dependiente de raíces L5 derecha, S1 y S2 bilateral”.

El 17 de septiembre de 2018 el Servicio de Neurocirugía emite informe en el que en relación con el estado de la paciente indica como diagnóstico principal:

“Sd de cirugía fallida lumbar en paciente previamente intervenida de estenosis de canal lumbar mediante laminectomía descompresiva y posteriormente mediante artrodesis lumbosacral, con presencia de dolor crónico neuropático lumbar y en EEII”.

I.2ª.4ª. Informe del Neurocirujano sobre la intervención

El informe señala lo siguiente:

“DISCOPAPIAS L3-L4, L4-L5, L5-S1 y ESCOLIOSIS DEGENERATIVA.

Procedimientos Y BARRAS L3-S1 (LEGACY) E IMPLANTES INTERSOMATICOS L4-L5 Y L5-S1 PLIF (CAPSTONE).

Tipo de cirugía: Limpia. De forma. Programada. Posición: decúbito prono. Se realiza: Con control Rx se localizan niveles L3-S1, observándose tejido cicatricial sobre el nivel L3-L5. Con Drill, y Kerrison se realiza laminectomía L3-S1, extirpando cicatriz y exponiendo saco dural y raíces. Se realiza disectomía L4-L5 y L5-S1 y se implanta caja intersomática Capstone 8X26 a nivel L5-S1 y a nivel L4-L5 (X2), comprobando Rx. Posteriormente se implantan tornillos pediculares L3-L5 5,5X45 (X6) y a nivel S1 6,5X35 (X2). Se unen con barras precurvadas de 8 cm (2) y se cierra el sistema con capuchones (X8).

Lavado, hemostasia, control Rx y cierre por planos: músculo y subcutáneo con reabsorbibles y piel con grapas.

Se deja Redón en lecho quirúrgico conectado a reservorio. Drenajes intraoperatorios. Prótesis: Sistema Legacy de tornillos pediculares y barras.

- Tornillos de 5,5X45 (X6) L3-L4-L5

- Tornillos de 6,5X35 (X2) S1.

- Barras precurvadas 8cm (X2)

- Capuchones de cierre (X8)

Implantes intersomáticos capstone

- Implante 8X26 (X2) L4-L5

- Implante 8X26 (X1) L5-S1. Destino postintervención: URPA”.

I.2ª.5ª. Informe de la Jefa del Servicio de Neurocirugía del...

El 25 de marzo de 2019, a petición de la instructora, emite informe la Jefa del Servicio de Neurocirugía sobre la atención prestada a la reclamante.

El informe recoge los antecedentes que se derivan de la historia clínica de la paciente y hace referencia a la intervención de artrodesis lumbar que fue programada para su realización el 22 de octubre de 2015 en la consulta de Neurocirugía en la que el facultativo especialista le planteó el tratamiento

quirúrgico mediante “artrodesis circunferencial L3-S1 con injertos PLIF nivel de L4-L5 y L5-S1”, y en la que la paciente firmó, en ese mismo momento, el consentimiento informado para su realización, adjuntando copia del citado consentimiento avalado por la Sociedad Española de Neurocirugía. El informe indica que “en dicho consentimiento constan que entre otros riesgos «se puede producir una lesión de la raíz nerviosa con alteraciones motoras o sensitivas pasajeras o permanentes con una frecuencia entre 2-6%». Por tanto, no es correcta la manifestación de la paciente en la que alega que no se le adjuntó el documento informado preceptivo”.

El informe continúa indicando que “la paciente previamente a esta intervención ya padecía intensos dolores lumbares (dolor en Escala Visual Analógica de 9 sobre 10), precisando tratamiento con opiáceos mayores (Targin, que está compuesto de Oxycodona y Naloxona a dosis 20/10) y otros analgésicos (Nolotil) y coanalgésicos (Pregabalina). Volvió a ser valorada en consulta el día 5/5/2016 anotándose en su HCl «con respecto a su sintomatología lumbálgica, refiere estar cada vez peor, más limitada, dolor nocturno que la despierta», lo cual deja constancia de la importante limitación funcional y sintomatológica dolorosa que ya la paciente mostraba antes de la cirugía”.

El informe explica que “la demora entre el 17/2/016 en que se tuvo que posponer la cirugía por motivos de fuerza mayor, y la realización de la cirugía el 19/1/2017, está justificada por las valoraciones solicitadas a los Servicios de Alergología (18/3/2016), Anestesia (10/6/2016 y 29/8/2016) y Cardiología (26/7/2016) y realizadas con vistas a evitar que se repitiera la misma situación que conllevó la suspensión de la intervención previamente señalada. Tras estas consultas y valorar los riesgos quirúrgicos, incluidos los propios de la anestesia y una vez que la paciente es considerada apta para ser sometida a una intervención quirúrgica con anestesia general, fue programada de nuevo en cuanto fue posible en función de los medios disponibles y la prioridad clínica del resto de pacientes en lista de espera quirúrgica”.

El informe de la Jefa del Servicio de Neurocirugía, con respecto a los retrasos denunciados por la reclamante respecto a las consultas ambulatorias, indica que son gestionados por el Servicio de Citación/Admisión y, por último, con respecto al estudio Neurofisiológico realizado el 11 de abril de 2018, señala que se solicita con la intención de disponer de una prueba objetiva de la afectación neurológica de la paciente con vistas a un informe de discapacidad, pero que no sirve como comparativa con estudios previos ya que no se habían realizado.

El informe termina recordando que en el consentimiento informado firmado por la paciente hay una mención expresa a esta complicación cuando indica que “se puede producir una lesión de la raíz nerviosa con alteraciones motoras o sensitivas pasajeras o permanentes con una frecuencia entre 2-6%”.

I.2ª.6ª. Informe Médico Pericial de...

El 24 de junio de 2019, a instancia de la compañía aseguradora de la responsabilidad sanitaria del SNS-O, emite informe la asesoría médica..., suscrito por los facultativos don... y don..., doctores en medicina y cirugía, especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología, en el que se analiza la atención prestada a la reclamante.

El informe, tras referir aquellos aspectos de la historia clínica más relevantes de la paciente y que ya han sido anteriormente expuestos, y de realizar una serie de consideraciones sobre la enfermedad degenerativa lumbar, indica que la “estenosis de canal constituye la etapa final del proceso degenerativo, caracterizada por el estrechamiento del canal raquídeo en la región lumbar, pudiendo ser central o lateral”.

El informe continua precisando que “inicialmente el tratamiento de estas patologías debe ser siempre conservador, la cirugía está indicada en pacientes en los que las medidas conservadoras han fracasado y presenten dolor intolerable, alteración de la calidad de vida o disminución de la capacidad funcional. El objetivo quirúrgico de la estenosis de canal es

descomprimir los elementos neurales afectados y preservar la estabilidad o restaurarla.

El tratamiento quirúrgico de elección consiste en una descompresión central, mediante la resección de la apófisis espinosa, el ligamento interespinoso, la lámina vertebral y el ligamento amarillo por medio de un abordaje posterior sobre línea media. Para la descompresión del receso lateral se realiza una osteotomía parcial de la faceta, exponiendo el foramen y la raíz. Suele acompañarse de fusión lumbar (artrodesis). La fusión instrumentada con tornillos pediculares permite una estabilización inmediata, limita la movilización segmentaria, favoreciendo la artrodesis y mejorando los resultados clínicos. Para conseguir todavía resultados más favorables puede realizarse una artrodesis circunferencial. Se trata de una fusión posterolateral instrumentada más una fusión intersomática que consiste en la sustitución del disco por injerto óseo único o con soportes intersomáticos. Para el abordaje del disco podemos utilizar un abordaje anterior (ALIF), posterior (PLIF o TLIF) o lateral (XLIF).

Las complicaciones más frecuentes de este tipo de cirugía son: déficit neurológico postoperatorio: 5%; lesiones durales, fístulas de líquido cefalorraquídeo y pseudomeningoceles; fracturas de la faceta y de la pars interarticular; infección con tasas variables, desde 0,5 al 8%; lesiones vasculares con incidencia insignificante”.

A continuación analiza la práctica quirúrgica prestada a la reclamante en los siguientes términos:

“Se trata de una paciente de 56 años en quien lo primero que debemos destacar es que tuvo un accidente con 22 años con problemas en los miembros inferiores, lo cual ya de por sí puede dificultar la marcha independientemente de la columna.

Por otra parte, se trata de una paciente con dolores fuertes lumbares no a raíz de la cirugía, sino de mucho antes, más de una década atrás, donde desde 2002 se le ha tratado de manera impecable. Se ha ido siguiendo una escalada de tratamiento de menor a mayor agresividad, tal y como indica la literatura reflejada en el apartado de consideraciones médicas. Dado que la paciente no respondió a dichos tratamientos se planteó el tratamiento quirúrgico. En el momento de la consulta del 22/10/2015, la paciente pese a encontrarse con opiáceos

mayores (Targin), refería un 9/10 de dolor, lo cual hizo que muy adecuadamente se planteara tratamiento quirúrgico, como fue el caso de dicha consulta. Pese a que la paciente ya se le había realizado una resonancia magnética (prueba de elección) y estudios radiográficos previos, se solicitan telerradiografías y radiografías dinámicas, lo que refleja que en ningún caso se escatimó en medios materiales con la paciente, más aun si incluimos la cantidad de procedimientos que se le habían realizado previamente tales como una termocoagulación de carillas en región lumbar en L3-L4, L4-L4 y L5-S1 en 2003, una laminectomía bilateral L3-L5 en 2011 y una rizólisis lumbar L4-L5 y L5-S1 bilateral en 2015.

EL 22/10/2015 la paciente firma el documento de consentimiento informado para la realización de artrodesis L3-S1. Por tanto, la paciente claramente conocía las potenciales complicaciones de esta cirugía, y la posibilidad de una lesión neurológica permanente. Literalmente el documento de consentimiento informado en el apartado de riesgos expone:

¿Cuales son los riesgos, complicaciones y secuelas posibles?

Si existe una infección de la herida pudiera ser necesario extraer todo el sistema de fijación. También en ocasiones entre 5-20% algún tornillo puede necesitar alguna recolocación por estar rozando alguna raíz nerviosa. Las fístulas de líquido cefalorraquídeo puede aparecer 1-7% y precisar de drenaje y reposo o reintervención. Algunos sistemas pueden sufrir roturas de tornillo por fatiga del material no siendo necesario la mayoría de las veces, rescatar el tornillo si la fusión ya está conseguida. Otras veces puede haber desplazamiento de alguna pieza siendo solo necesaria la evacuación o reposicionamiento si crea compromiso de estructuras neurológicas.

Al igual que en las hernias discales se puede producir una lesión de la raíz nerviosa con alteraciones motoras o sensitivas pasajeras o permanentes con una frecuencia entre 2-6%

Por tanto, es falso que la paciente no fuera informada de las posibles consecuencias negativas de la cirugía. La paciente asumió dichos riesgos y firmó voluntariamente dicho documento de consentimiento informado

La cirugía es programada para el día 17/12/2016, no obstante, durante la inducción anestésica, la paciente presenta un broncoespasmo asociado a bradicardia y desaturación, por lo que se decide suspender el tratamiento quirúrgico. El hecho de que se suspendiera la cirugía y se pospusiera hasta que la paciente fuera adecuadamente estudiada por los servicios de alergología, anestesiología y cardiología no fue sino un acto de buena praxis que el único objeto que tenía era

garantizar al máximo posible la seguridad de la paciente dentro del quirófano. Por otra parte, se refleja asimismo que la paciente ha sido valorada por un equipo multidisciplinar, por lo que no solo no se han escatimado medios materiales sino tampoco medios humanos.

El 19/1/2017 tiene lugar la intervención quirúrgica previamente programada, realizándose disectomías L4-L5 y L5-S1 con artrodesis circunferencial L3-S1 con implantes intersomáticos L4-L5 y tornillos pediculares y barras L3-S1 (Servicio de Neurocirugía del...). Se trata de una de las cirugías de elección como hemos aportado en las consideraciones médicas dada la enfermedad degenerativa de la paciente, por lo que nuevamente se refleja la buena praxis realizada.

También es falso que la paciente empeorara con la cirugía. En la revisión del 2/3/2017 la paciente refiere que ha mejorado con respecto a antes de operar y deambula con andador.

Posteriormente la evolución de la paciente no fue óptima. En la revisión del 22/2/2018 se refleja que persiste el dolor neuropático en extremidades interiores, trastorno de la marcha con ataxia. Disfunción esfinteriana con vejiga neurógena e incontinencia anal. Esto puede deberse a una causa neurológica compleja o a algún daño en la cirugía. Que la afectación de la paciente se deba exclusivamente a la cirugía resultaría muy difícil de explicar, dado que solo se intervinieron los niveles desde L3 a S1, que ni siquiera son médula espinal, sino cola de caballo. Aun así, dicha complicación estaba claramente reflejada en el documento de consentimiento informado que la paciente firmó. Además, las complicaciones neurológicas también son ampliamente recogidas en la literatura científica, como hemos reflejado en el apartado de consideraciones médicas. No obstante, para un estudio mejor y más completo de la paciente se solicita estudio neurofisiológico, muestra nuevamente de que no se escatiman medios materiales con la paciente. Por otra parte, en las radiografías de control se aprecia una correcta implantación del material de artrodesis con una escoliosis lumbar que no ha progresado, muestra de que la cirugía estuvo técnicamente bien ejecutada. También debemos reflejar que la paciente ha sido fumadora desde los 17 años, factor implicado negativamente en el resultado quirúrgico de cualquier cirugía, especialmente las de la región lumbar”

A la vista de todo ello, el informe de... extrae las siguientes conclusiones:

1. *“1. La clínica y pruebas de imagen demuestran que la paciente padecía estenosis de canal lumbar por una discopatía degenerativa.*
2. *El tratamiento conservador inicial es adecuado, mediante terapias*

mínimamente invasivas (termocoagulación, rizólisis...).

3. *La cirugía estuvo adecuadamente indicada y ejecutada (descompresión y artrodesis) ante la no respuesta de la paciente al tratamiento conservador.*
4. *La paciente mejoró inicialmente tras la cirugía, pero posteriormente la evolución no fue favorable, motivo por el que se continuaron solicitando pruebas complementarias (electromiografía).*
5. *Las lesiones neurológicas están claramente descritas en la literatura en el caso de cirugía lumbar. También estaba claramente descrito en el documento de consentimiento informado que la paciente firmó.*
6. *El seguimiento postoperatorio fue adecuado y en ningún momento se escatimó en medios materiales ni humanos, siendo la paciente valorada por un equipo multidisciplinar.*
7. *En ningún momento, desde que se inició el proceso de la paciente hasta la fecha actual, existe el más mínimo indicio de mala praxis”.*

I.2ª.7ª. Otras actuaciones de instrucción, informe complementario del Servicio de Neurología y trámite de audiencia

El 23 de julio de 2019 la Instructora del expediente solicita de la Jefa de la Sección de Admisión de Consultas y Pruebas Complementarias informe sobre el motivo por el que la reclamante, a pesar de que debía ser citada en el plazo de seis meses desde que fue revisada en consulta el 2 de marzo de 2017, no fue nuevamente visitada hasta el 22 de febrero de 2018. Igualmente, ese mismo día, solicitó informe complementario del Servicio de Neurocirugía sobre los motivos por los que, a pesar de que la paciente refirió en las consultas de 3 de febrero y de 2 de marzo de 2017 urgencia esfinteriana e incontinencia de esfuerzo fecal, se pautó nueva revisión en el plazo de seis meses.

El 29 de julio de 2019 emitió informe la Jefa de Sección de Admisión de Consultas y Pruebas complementarias indicando que “en la consulta de 2 de marzo de 2017 su médico especialista dio indicaciones de revisión presencial con carácter normal a partir de seis meses. El servicio lo incluyó en lista de espera para facilitarle fecha de acuerdo al procedimiento establecido. Los pacientes incluidos en la agenda de un facultativo son citados de acuerdo a las posibilidades existentes, atendiendo a las

indicaciones del especialista, considerando el grado de prioridad indicado y ante la misma prioridad asignada, contemplando el orden de entrada en reserva. Nos consta que (la paciente) presentó una reclamación por demora en la cita de consulta de neurocirugía el 15 de enero de 2018, en la que refería empeoramiento. Como resultado del trámite de la misma se programó su consulta el 22 de febrero de 2018”.

El 30 de julio de 2019 emite informe complementario la Jefa del Servicio de Neurocirugía en el que en, relación con la información solicitada por la instructora, indica que: “En el curso clínico de la consulta del día 3 de febrero del 2017 se habla de incontinencia de esfuerzo fecal, lo que se interpreta que a la paciente se le escapan las heces puntualmente en relación con los esfuerzos (no durante el resto del tiempo). En el curso clínico de la consulta del día 2 de marzo del 2017 se habla de *urgencia esfinteriana*, lo que se interpreta que la paciente nota que se le escapan la orina y las heces pero no le da tiempo a llegar al baño (frente a la denominada incontinencia pasiva en la que el paciente no nota en ningún caso que se les escapan la orina y las heces). De ello se deduce que el cuadro de incontinencia de la paciente era cuanto menos parcial. Teniendo en cuenta que el material de artrodesis estaba correctamente implantado, según la RX realizada el 20 de enero del 2017, no es achacable dicha sintomatología a una mala implantación del material que debiera subsanarse con una reintervención. Se deduce por tanto, que la lesión de dichas raíces nerviosas se produjo durante la cirugía, no existiendo un tratamiento específico para el mismo. Como se comenta en el informe previo el estudio neurofisiológico tiene valor para cuantificar el daño, pero no influye en el pronóstico del mismo puesto que no existe un tratamiento específico en este caso”.

Con fecha 4 de septiembre de 2019 la Instructora acuerda abrir trámite de audiencia a la reclamante para que pueda formular nuevas alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estime oportuno, para lo que se le facilita copia de los informes emitidos por la Jefa de Servicio de Neurocirugía, informe médico pericial de... y el informe emitido por la Sección de Admisión de Consultas y Pruebas Complementarias.

El 23 de septiembre de 2019 la reclamante solicita, con interrupción del plazo conferido para alegaciones, copia completa del expediente, incluidos en su caso, el informe de la Inspección Médica, así como de la Historia Clínica; solicitud que fue admitida mediante escrito de la instructora de 26 de septiembre de 2019, facilitándole copia de la Historia Clínica solicitada. Transcurrido el plazo de ampliación concedido no se presentaron alegaciones por la interesada.

I.2ª.8ª. Propuesta de resolución del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

La propuesta, tras realizar una resumida referencia a los hitos más importantes de la asistencia sanitaria prestada a la paciente, así como de los motivos de su reclamación, describe la tramitación realizada del expediente y considera que la reclamación ha sido interpuesta en tiempo y forma por persona legitimada.

Tras analizar el marco normativo y jurisprudencial de aplicación, entrando en el análisis del caso objeto de reclamación considera, que la reclamación se fundamenta principalmente en el hecho de que a la paciente no se le informó sobre las consecuencias que podían derivarse de la intervención quirúrgica a la que fue sometida, que en ningún momento firmó el preceptivo consentimiento informado; intervención tras la cual se generaron diversos daños y secuelas de carácter grave que han devenido en una Incapacidad Permanente de la Paciente.

La propuesta argumenta que “revisada la Historia Clínica de la paciente a tal efecto, obra en ella un documento, titulado Documento de Consentimiento informado para Fijación Vertebral por vía Posterior”, donde se recoge el consentimiento otorgado por la paciente para la intervención. Dicho documento, fechado el 22 de octubre de 2015, está firmado por la paciente constando en él diversos riesgos y complicaciones que pudieran

surgir a consecuencia de la realización de la intervención. Entre dichos riesgos se indica que «Al igual que en las hernias discales, se puede producir una lesión de la raíz nerviosa con alteraciones motoras o sensitivas pasajeras o permanentes con una frecuencia entre el 2 y el 6%». Es decir, la afirmación de la paciente de que no firmó ningún consentimiento de carácter previo cae por su propio peso y no resulta ser cierta, por cuanto el mencionado consentimiento obra en el expediente».

Por lo que se refiere al retraso en las revisiones, la propuesta de resolución reconoce que se produjo un retraso en la tercera visita que fue subsanado cuando fue denunciado por la reclamante y que el retraso no conllevó un empeoramiento del estado del paciente. Con cita del informe médico de... indica que *“En cualquier caso, estas lesiones suelen establecerse de manera crónica y permanecer en forma de secuelas, todo ello unido al correcto control radiológico de la cirugía lleva a la conclusión de que no se habría planteado un tratamiento quirúrgico entre dicho intervalo en ningún caso”*. Es decir, que según se indica, *“aun en el caso de haber sido valorada con carácter previo, no se habría planteado tratamiento quirúrgico alguno por cuanto se trataba de lesiones ya establecidas que desgraciadamente, se dieron en el presente caso y que estaban previstas como riesgos potenciales de la intervención”*.

Igualmente se cita el informe complementario de la Jefa del Servicio de Neurocirugía que señala que *“En el curso clínico de la consulta del día 3 de febrero de 2017 se habla de incontinencia de esfuerzo fecal, lo que se interpreta que a la paciente se le escapan las heces puntualmente en relación con los esfuerzos (no durante el resto del tiempo). En el curso clínico de la consulta del día 2 de marzo de 2017 se habla de urgencia esfinteriana, lo que se interprete que la paciente nota que se le escapan la orina y las heces pero no le da tiempo a llegar al baño (frente a la denominada incontinencia pasiva en la que el paciente no nota en ningún caso que se le escapan la orine y las heces). De ello se deduce que el cuadro de incontinencia de la paciente era cuanto menos parcial. Teniendo en cuenta que el material de art rodesis estaba correctamente implantado según la WC realizada el 20 de enero de 2017, no es achacable dicha*

sintomatología a una mala implantación del material que debiera subsanarse con una reintervención. Se deduce por tanto, que la lesión de dichas raíces nerviosas se produjo durante la cirugía, no existiendo un tratamiento específico para el mismo”.

La propuesta de resolución, a la vista de todo ello, concluye afirmando que “Resulta por tanto claro, según los informes obrantes en él expediente, que nos encontramos ante un daño que la Sra... padeció a consecuencia de la intervención, que ya estaba previsto en el consentimiento informado que sí firmo, y cuya evolución posterior no pudo haberse corregido ni remediado con una nueva intervención” y, con cita del informe de..., añade que “*La cirugía estuvo adecuadamente indicada y ejecutada (descompresión y artrodesis) ante la no respuesta de la paciente al tratamiento conservador. La paciente mejoró inicialmente tras la cirugía, pero posteriormente la evolución no fue favorable, motivo por el que se continuaron solicitando pruebas complementarias (electromiograma). El seguimiento postoperatorio fue adecuado y en ningún momento se escatimó en medios materiales ni humanos, siendo la paciente valorada por un equipo multidisciplinar. En ningún momento desde que se inició el proceso de la paciente hasta la fecha actual existe el más mínimo indicio de mala praxis. La asistencia prestada a doña... en relación a su lesión de columna lumbar ha sido en todo momento correcta y se han empleado los medios necesario para su mejor resolución”.*

En definitiva, concluye señalando que “no se aprecia en el presente caso un daño en la persona de la reclamante que tenga la consideración de antijurídico, habiéndose actuado según se informa, conforme a la *Lex Artis Ad Hoc*. En consecuencia, no concurren en el presente caso los elementos constitutivos del instituto de la responsabilidad patrimonial, por lo que debe desestimarse la reclamación presentada y por consiguiente la solicitud de indemnización pretendida por la interesada”.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación por presuntos daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios del SNS-O. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 14.1.de la LFCN establece que el Concejo de Navarra deberá 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 un millón trescientos quince mil seiscientos euros (1.315.600 €) por lo que el presente dictamen se emite con carácter de preceptivo.

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

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

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN, la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos

organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

II.2ª. La Responsabilidad patrimonial de la Administración, regulación y requisitos: Desestimación de la reclamación

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos contemplada en el artículo 106 de la Constitución, y encuentra su desarrollo normativo ordinario en la legislación sobre procedimiento administrativo y régimen jurídico de la Administración Pública, en la actualidad recogida en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en lo sucesivo, LPACAP) y en la ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP). El punto de partida lo constituye el artículo 32 de la LRJSP a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. Por su parte, el artículo 34.1 de la LRJSP establece que sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley, no siendo indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran 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, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos. En los apartados 2, 3 y 4 del citado artículo 34, se establecen las pautas para la cuantificación de la indemnización con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, expropiatoria y demás normas que puedan ser de aplicación, ponderándose con las valoraciones predominantes en el mercado. Para 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

Seguridad Social. La cuantía indemnizatoria se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al expediente con arreglo al Índice de Garantía de Competitividad y de los intereses que procedan por demora. La indemnización podrá sustituirse, con acuerdo del interesado, por una compensación en especie o abonarse mediante pagos periódicos si resulta más adecuada para lograr la recuperación debida y convenga, igualmente, al interés público.

Conforme con la regulación positiva de la responsabilidad patrimonial y de la jurisprudencia que la interpreta y aplica, los requisitos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado. Como regla general, la carga de la prueba de los hechos necesarios para la existencia de responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad. Como este Consejo viene señalando en dictámenes anteriores, 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, cuál 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 a doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.

Por lo que se refiere al consentimiento informado, como viene reiterando la jurisprudencia del Tribunal Supremo, es presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* y como tal forma parte de toda actuación asistencial (SSTS de 29 de mayo de 2003, 27 de mayo de 2011),

constituyendo una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica.

Respecto del consentimiento informado en el ámbito de la sanidad, tanto la doctrina como la jurisprudencia, ponen cada vez más énfasis en la importancia de los formularios específicos, puesto que solo con un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumple con su finalidad. El contenido de la información que se transmita al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o rechazo de una determinada terapia por razón de los riesgos. Por eso, una información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada y en un padecimiento innecesario para el paciente. Por lo tanto, es necesario interpretar en términos razonables el mandato legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica, e incluso el rechazo del paciente ante protocolos excesivamente largos o inadecuados.

En el presente caso, tal y como venimos indicando, nos encontramos en presencia de una reclamación en la que se imputa al SNS-O como consecuencia de la atención sanitaria dispensada a doña..., como consecuencia de la intervención de artrodesis lumbar a que fue sometida el 19 de enero de 2017 y de la que resultaron una serie de secuelas importantes por las que ha sido declarada en situación de Incapacidad Permanente, reconociéndosele, además, un porcentaje de discapacidad del 73 por 100. Entre las secuelas que vincula la reclamante a la deficiente asistencia sanitaria, y por las que pide una indemnización de 1.315.600 euros, señala las siguientes: fuertes dolores y calambres musculares en ambas piernas, muchos días postrada en la cama, dolor anal, incontinencia urinaria y fecal, disfunción sexual, incapacidad para desplazarse sin apoyos, imposibilidad de conducción y la necesidad permanente de ayuda de otra persona para las actividades cotidianas.

Como ya se ha indicado, la reclamante considera que por parte del Servicio de Neurocirugía del... y, en concreto, por el cirujano que realizó la intervención, se incumplió la *lex artis* exigible en su actuación profesional,

singularmente por no existir el preceptivo consentimiento informado con carácter previo a la intervención realizada el 19 de enero de 2017 y no habersele advertido de las consecuencias tan graves que podía tener la realización de la artrodesis lumbar a la que fue sometida. Además, considera la reclamación que la intervención quirúrgica que se le practicó el 19 de enero de 2017 se había demorado excesivamente y de modo incomprensible desde que la paciente presentara una grave sintomatología, añadiendo que la intervención se realizó en base a la Resonancia Magnética lumbar de 3 de marzo de 2015 que considera anticuada ante los diferentes episodios padecidos durante ese tiempo en una zona previamente intervenida años antes y sometida a diversos tratamientos y cambios compresibles. La reclamante también denuncia un excesivo retraso en la realización de las visitas de seguimiento y valoración de las secuelas tras su intervención.

Para dar debida respuesta a si tales imputaciones son motivo para declarar la responsabilidad patrimonial del SNS-O, resulta necesario recordar brevemente la secuencia de hechos que llevan a la actual situación de la paciente. En tal sentido, conviene recordar que la reclamante, que había sufrido un grave accidente a los 22 años de edad que le había causado lesiones en sus extremidades inferiores, venía padeciendo molestias importantes en sus vértebras lumbares desde años atrás, habiendo sido sometida a diferentes tratamientos desde aproximadamente el año 1990, siendo valorada en numerosas ocasiones en consulta de Neurocirugía y sometida a Termocoagulación de carillas en región lumbar en 2003; Laminectomía bilateral L3-L5 en 2011; Rizolisis lumbar L4-L5 y L5-S1 en 2015.

Específicamente, en la consulta de Neurocirugía del 22 de octubre de 2015, el facultativo que la atendió dejó constancia en su informe, entre otras cuestiones, de lo siguiente: “Está muy limitada, mucho dolor en región lumbar y EID. Se ha realizado rizólisis lumbar en septiembre sin mejoría. Dolor 9 en Eva... Acusada limitación movilidad columna lumbar. Actitud escoliótica levocóncaba (vértebra apical L4). Pido Teleradio y dinámicas. Planteo tratamiento quirúrgico mediante artrodesis circunferencial L3-S1 con

injerto PLIF a nivel de L4-L5 y L5-S1. Pido preoperatorios. Firma CI y le entrego copia”.

Consta en el expediente administrativo el documento de Consentimiento Informado para Fijación Vertebral por Vía Posterior, con arreglo al modelo aprobado por la Sociedad Española de Neurocirugía, suscrito por la reclamante el mismo día 22 de octubre de 2015, en el que, en el apartado de circunstancias particulares se indica “Artrodesis L3-S1, con injertos (...ilegible) L4-L5 y L5-S1”.

En el citado consentimiento se explica cuál es la finalidad de la intervención propuesta, especifica en qué consiste y, en apartado independiente, se indican cuáles son los riesgos complicaciones y secuelas posibles en los siguientes términos:

“Si existe una infección de la herida pudiera ser necesario extraer todo el sistema de fijación. También en ocasiones entre 5-20% algún tornillo puede necesitar alguna recolocación por estar rozando alguna raíz nerviosa. Las fístulas de líquido cefalorraquídeo pueden aparecer 1-7% y precisar de drenaje y reposo o reintervención. Algunos sistemas pueden sufrir roturas del tornillo por fatiga del material no siendo necesario, la mayoría de las veces, rescatar el tornillo si la fusión ya está conseguida. Otras veces puede haber desplazamiento de alguna pieza siendo solo necesaria su evacuación o reposicionamiento si crea compromiso de estructuras neurológicas. Al igual que en las hernias discales se puede producir una lesión de la raíz nerviosa con alteraciones motoras o sensitivas pasajeras o permanentes con una frecuencia entre 2-6%.”

A continuación, el documento de consentimiento informado contiene un apartado específico para los tratamientos alternativos en el que se indica que “El médico arriba mencionado me ha explicado la necesidad de la intervención propuesta y los posibles tratamientos alternativos que son: Tratamiento médico rehabilitador y controles radiológicos”.

Finalmente, a la vista de lo anterior existe un apartado de “Declaraciones y Firmas”, con el siguiente tenor literal:

1. “Declaro que:
2. Entiendo la necesidad de la operación propuesta.

3. Se me han detallado los riesgos y posibles complicaciones inherentes a las exploraciones diagnósticas, procedimiento operatorio y postoperatorio en un lenguaje claro.
4. Algunas circunstancias no previstas durante la operación pueden hacer necesaria la utilización de técnicas quirúrgicas diferentes de las previamente planeadas. En este caso autorizo al cirujano a que actúe con arreglo a lo que él considere más conveniente de acuerdo con la ciencia médica.
5. Entiendo que no se me pueden dar garantías sobre los resultados.
6. He tenido ocasión de hacer todas las preguntas que he deseado.
7. He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento.
8. Ponderados los riesgos y las ventajas, he decidido someterme a la intervención quirúrgica propuesta”.

De la historia clínica se deriva que con posterioridad a la consulta en la que se acordó la intervención, se le practicaron a la paciente estudios de radiología extensiva para una correcta valoración de la situación de la columna lumbar, programándose la intervención para el día 17 de febrero de 2016. Ese día, ya en el quirófano, durante la inducción anestésica para la cirugía, la paciente presentó broncoespasmo, bradicardia y desaturación, por lo que, ante tal situación de fuerza mayor, tuvo que suspenderse la intervención previamente programada y aceptada por la paciente.

La intervención fue nuevamente programada para el día 19 de enero de 2017 una vez que, con arreglo a las disponibilidades del Servicio de Neurocirugía, se habían realizado informes y estudios de valoración positiva para una nueva intervención quirúrgica por parte de los Servicios de Alergología, Anestesia y Cardiología, tras el grave suceso padecido en el quirófano el 17 de febrero de 2016.

La intervención se realizó sin que surgieran complicaciones durante su desarrollo que quedó perfectamente expuesto en el protocolo quirúrgico que redactó el Neurocirujano interviniente.

Tras la intervención la paciente fue revisada en consultas los días 3 de febrero y 2 de marzo de 2017 en las que se manifiesta que “persiste el dolor lumbar irradiado a EEII, más la izquierda, de tipo parestesias/disestesias, con hipoestesia en territorio de cola de caballo con incontinencia de esfuerzo

fecal (consulta de 3/2/017). Presenta afectación radicular S1 bilateral, principalmente la izquierda con urgencia esfinteriana. Refiere que ha mejorado con respecto a antes de operar y deambular con andador... volver en 6 meses y hacen entonces Rx” (Consulta 2/3/2017).

Cierto es que, a pesar de esa indicación, no se tuvo la siguiente consulta hasta el 22 de febrero de 2018, tras haber presentado la paciente una reclamación al Servicio de Admisión. En la consulta de ese día, se indica que “persiste el dolor neuropático en EEII (disestesias, parestesias, alodinia), trastorno de la marcha con ataxia. Disfunción esfinteriana con vejiga neurógena e incontinencia anal. Solicito estudio neurofisiológico para valorar situación. Una vez se realice, haré informe. Rx: correcta implantación material artrodesis con escoliosis lumbar que no ha progresado”. El estudio neurofisiológico se realizó el 11 de abril de 2018 del que se derivó el siguiente resultado “El estudio neurofisiológico realizado es compatible con moderada afección radicular crónica L4-S2 bilateral, con mayor compromiso y denervación activa en la musculatura dependiente de raíces L5 derecha S1 y S2 bilateral”.

De los hechos anteriores pueden extraerse las siguientes consideraciones principales. En primer lugar, tal y como ratifica el informe médico pericial de..., hay que afirmar que la prescripción de cirugía a la paciente, en concreto, la realización de una artrodesis circunferencial L3-S1 con injerto a nivel L4-L5 y L5-S1, fue una prescripción adecuada ante el estado de la paciente que venía sufriendo serios padecimientos lumbares que no mejoraban su estado a pesar de los tratamientos y procedimientos más conservadores practicados durante los años 2003, 2011 y 2015. En tal situación, no habiendo resultado efectiva la rizólisis lumbar realizada en septiembre de 2015, en la visita de octubre de ese mismo año, persistiendo los fuertes dolores (9 sobre 10 en Eva) y estando muy limitada funcionalmente, se le propone y acepta, suscribiendo el preceptivo y necesario documento de consentimiento informado, someterse a una intervención quirúrgica consistente en artrodesis circunferencial L3-S1 con injerto PLIF a nivel de L4-L5 y L5-S1.

Esa intervención, como con reiteración venimos indicando, se programó para el 17 de febrero de 2016, intervención que tuvo que suspenderse al sufrir la paciente, durante la fase de inducción a la anestesia, broncoespasmo, bradicardia y desaturación.

Tal y como reconoce la reclamación y pone de manifiesto el informe de la Jefa del Servicio de Neurocirugía del CHN, la paciente tuvo que acudir a sucesivas consultas de los Servicios de Alergología, Neumología, Anestesia y Cardiología, quienes realizaron los estudios precisos para determinar si la paciente, ante el episodio sufrido en quirófano, reunía las condiciones necesarias para someterse a la intervención quirúrgica que, previamente prescrita y aceptada, tuvo que ser suspendida por las razones ya expuestas.

La intervención se programó para el día 19 de enero de 2017, ingresando la paciente por la tarde el 17 de enero, siendo nuevamente valorada, a petición del Servicio de Neurocirugía, el 18 de enero por el Servicio de Anestesia y Reanimación, emitiendo informe en el que se recogen una serie de indicaciones de intolerancia a fármacos realizadas por el Servicio de Alergología y concluye indicando que, aunque el “riesgo anestésico quirúrgico (ASA) III. Afectación importante no incapacitante”, puede ser anestesiada, entregándole y firmando el consentimiento para anestesia.

Es cierto que para la intervención quirúrgica de artrodesis, realizada el 19 de enero de 2017, la paciente no firmó ningún consentimiento nuevo o específico para ese acto. Ello nos obliga a analizar si, como invoca la reclamación, se ha infringido la lex artis al haber sometido a la paciente a una intervención quirúrgica sin el preceptivo y necesario documento que acredite que el paciente ha emitido su consentimiento a tal acto médico con conocimiento de sus beneficios y riesgos o si, como defiende la propuesta de resolución, resulta inexacta tal argumentación, ya que es un hecho cierto que en la historia clínica y en el expediente administrativo queda constancia de la existencia de un consentimiento informado suscrito por la reclamante con fecha 22 de octubre de 2015, emitido con ocasión de la intervención programada para el 17 de febrero de 2016. En concreto, habrá que valorar si

ese consentimiento puede considerarse adecuado, suficiente y eficaz para la intervención realizada el 19 de enero de 2017.

Nuestro ordenamiento jurídico, tanto la legislación estatal (Ley 41/2002, 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica), como la legislación específica de Navarra (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) exigen que, para cualquier intervención en el ámbito de la salud, sea necesario que la persona afectada haya otorgado su consentimiento libre y específico, tras haber sido previamente informada; consentimiento informado que debe cumplir con las exigencias establecidas por el artículo 49 de la Ley Foral 17/2010. El consentimiento para ser válido, con carácter general, debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasores, y cuando conlleven procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente; el consentimiento debe ser específico para cada acto médico y debe contener información suficiente sobre el procedimiento y los riesgos asociados, la información debe facilitarse con antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente. La información a suministrar al paciente debe versar sobre el procedimiento médico que se le va a realizar, sus objetivos, beneficios esperados, alternativas razonables, consecuencias previsibles de su realización y de la no realización, riesgos inherentes al procedimiento, con indicación de su mayor o menor frecuencia, y las posibles contraindicaciones. Respecto del consentimiento informado en el ámbito de la sanidad, tanto la doctrina como la jurisprudencia ponen cada vez más énfasis en la importancia de los formularios específicos, puesto que solo con un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumple con su finalidad.

A juicio de este Consejo de Navarra, debe considerarse que el consentimiento informado suscrito por el paciente para la artrodesis lumbar programada para el 17 de febrero de 2016 es perfectamente válido para la

intervención realizada en enero de 2017. En efecto, no puede desconocerse que la intervención programada para febrero de 2016 era exactamente la misma que la que se terminó realizando finalmente en enero de 2017, al haberse suspendido la inicial por las gravísimas complicaciones sufridas por la paciente durante la inducción a la anestesia. Como decimos, la intervención finalmente realizada en enero de 2017 fue exactamente la que estaba programada y aceptada en enero de 2016; en ambos casos se trataba de realizar una “artrodesis lumbar circunferencial L3-S1 con injerto PLIF a nivel L4-L5 y L5-S1”. La situación de la paciente no había sufrido alteraciones, el objeto y finalidad del procedimiento quirúrgico era el mismo, no habían variado los tratamientos alternativos para paliar los dolores y limitaciones de la paciente y los riesgos, complicaciones y secuelas eran los mismos que ya estaban indicados en el consentimiento informado suscrito el 22 de octubre de 2015, sin que en ningún momento anterior a la intervención por parte de la paciente hubiera manifestado, ni expresa ni tácitamente, dudas con respecto a su deseo de someterse a la artrodesis practicada. Es más, en todo caso, las reticencias o críticas de la reclamante venían por el hecho del retraso en su realización; retraso que vino motivado por la necesidad de efectuarle pruebas adecuadas para garantizar que no existían riesgos para realizar la intervención con anestesia.

En definitiva, en este caso no cabe sino considerar que se estaba en presencia de un mismo acto quirúrgico, autorizado y aceptado por la paciente con el otorgamiento del consentimiento exigido para ello el 22 de octubre de 2015, cumpliéndose debidamente con las exigencias formales y teleológicas que nuestro ordenamiento jurídico establece (artículo 49 Ley Foral 17/2010).

Por lo que se refiere al contenido del documento de consentimiento informado, que a juicio de la reclamante es insuficiente para poner de manifiesto los graves riesgos a los que los pacientes pueden enfrentarse en este tipo de intervenciones, consideramos que cumple con las exigencias legales requeridas. Como hemos señalado, el consentimiento suscrito por la paciente contiene información suficiente sobre el procedimiento, su objetivo, finalidad y beneficios esperables, describe básicamente la intervención,

especifica los riesgos, complicaciones y posibles secuelas e informa al paciente sobre las alternativas de tratamiento existentes.

La aceptación y firma del paciente conlleva, como expresamente indica el documento, que el paciente está suficientemente informado, que ha tenido la oportunidad de efectuar cuantas preguntas hubiese deseado, y reconoce expresamente que no se le pueden garantizar los resultados deseables.

En cuanto a la descripción de los riesgos, complicaciones y secuelas, se hacen de una forma adecuada y ponderada, tal y como legalmente es exigible ya que una información excesiva puede convertir la atención médica en un padecimiento innecesario para el paciente. Es necesario interpretar en términos razonables el mandato legal ya que aplicado con rigidez y exageración, además de dificultar la práctica médica, podría conllevar el rechazo por los pacientes de tratamiento necesarios ante documentos excesivamente largos y detallados en la descripción de las múltiples complicaciones y secuelas que pueden suceder en cualquier acto quirúrgico.

Por otra parte, como el propio documento reconoce, se trata de un documento que cuenta con el respaldo de la Sociedad Española de Neurocirugía, lo que le da la presunción de corrección y acierto en su contenido.

En consecuencia, consideramos que la intervención realizada el 19 de enero de 2017 se encontraba perfectamente cubierta con el consentimiento suscrito por la paciente en octubre de 2015 y que el contenido de tal documento cumple debidamente con los requisitos y exigencias legales, por lo que no pueden aceptarse las consideraciones expuestas por la reclamante en sentido contrario.

En segundo lugar, la reclamante invoca que la intervención practicada en enero de 2017 se hizo con la información procedente de una resonancia magnética de marzo de 2015, a pesar de los episodios padecidos por la paciente durante esos dos años y de los diversos tratamientos y cambios comprensibles que pudieron producirse en esa zona, lo que considera

inadecuado para el éxito de la intervención al ser necesario contar con pruebas radiológicas más cercanas a la fecha de la intervención.

Sin embargo, no existe dato alguno de que hubieran sido necesarias más pruebas de imagen que las realizadas para acometer correctamente la intervención. Según se deriva del informe de la Jefe del Servicio de Neurocirugía, con posterioridad a la rizólisis practicada en septiembre de 2015 y con anterioridad a la intervención programada y suspendida el 17 de febrero de 2016, se le practicaron a la paciente “estudios de radiología extensivos para una correcta valoración de la situación de la columna lumbar en fecha 26/10/2015 (...) que consistían en una telerradiología (Rx de toda la columna vertebral), Rx dinámicas (en flexo-extensión de columna para valorar inestabilidad y/o desplazamientos vertebrales patológicos) y en proyecciones anteroposterior y lateral”. Por otra parte, hay que manifestar que desde que se suspendió la intervención en febrero de 2016 y hasta que se practicó la artrodesis lumbar en enero de 2017, tampoco se sometió a la paciente a ningún tratamiento invasivo que pudiera haber introducido modificaciones en el estado de la columna vertebral que no estuvieran reflejadas en las pruebas de imagen efectuadas para la intervención de febrero de 2016.

En definitiva, tal y como se deriva de los informes obrantes en el expediente administrativo, que en modo alguno han sido desvirtuados por la reclamante, que no ha practicado prueba alguna encaminada a acreditar lo contrario tal y como era su obligación, nos encontramos en presencia de una paciente con alteraciones graves y dolorosas de la columna lumbar, que tras practicarle otros tratamientos menos invasivos fue sometida, con su consentimiento y aceptación, a una artrodesis lumbar, intervención que lleva asociada riesgos de afección de las raíces nerviosas de la zona intervenida y que puede ocasionar alteraciones motoras o sensitivas pasajeras o permanentes con una frecuencia entre un 2 y 6%.

De la documentación que dispone este Consejo de Navarra se deriva que la intervención no solo estuvo adecuadamente indicada, sino que también se ejecutó correctamente, acreditando las pruebas de imagen

realizadas con posterioridad la correcta colocación e implantación de las fijaciones. De los informes de los que dispone este Consejo de Navarra para fundar su opinión se deriva que, desgraciadamente, se actualizó uno de los posibles riesgos derivados de la intervención, riesgo que estaba advertido en el documento de consentimiento informado suscrito por la reclamante.

Como este Consejo de Navarra viene recordando en dictámenes anteriores (entre otros, dictamen 12/2019) es 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.

Como reconoce la sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002 por referencia a la de 22 de diciembre de 2001 «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa

en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente a doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.

Por último, la reclamante también considera, aunque de manera no preferente, una cierta responsabilidad del SNS-O por el retraso en las consultas de seguimiento tras la intervención realizada y de las atenciones de las molestias y padecimientos que expresaba en sus visitas a los facultativos que le atendían en las revisiones.

Es cierto que, tras dos visitas de seguimiento realizadas diligentemente (3 de febrero y 2 de marzo de 2017), no se realiza la siguiente visita hasta el 22 de febrero de 2018, tras denunciar la paciente el retraso, y ello a pesar de que en la visita de marzo de 2017 se indicaba que “revisar en 6 meses y hacer entonces Rx”.

Independientemente de que hubo un retraso de al menos cinco meses en la consulta de revisión desde la fecha prevista (septiembre de 2017) y hasta que se realizó (febrero de 2018), tal retraso no es causa ni de las secuelas que sufre la paciente ni, al parecer, de su nivel de gravedad ya que, conforme con lo señalado en el informe de la Jefa del Servicio de Neurocirugía de 30 de julio de 2019, “teniendo en cuenta que el material de artrodesis estaba correctamente implantado según la Rx realizada el 20 de enero de 2017, no es achacable dicha sintomatología a una mala implantación del material que debiera subsanarse con una intervención. Se deduce, por tanto, que la lesión de dichas raíces nerviosas se produjo durante la cirugía, no existiendo un tratamiento específico para el mismo”.

Por tanto, de los datos e informes de que dispone este Consejo de Navarra se deriva que nada hubiera cambiado de haberse realizado antes la revisión programada para septiembre de 2017 y efectuada en febrero de

2018. El daño estaba causado desde el mismo momento de la cirugía. La realización del estudio neurofisiológico se efectuó, según indican los informes “con la intención de disponer de una prueba objetiva de la afectación neurológica de la paciente con vistas en un informe de discapacidad”.

A modo de recapitulación final, no hay en el expediente administrativo tramitado documento o informe que avale el relato de incumplimiento de la “lex artis” que la reclamante efectúa ya que no ha realizado actuación alguna encaminada a probar la incorrección de la actuación sanitaria dispensada, cuando a ella le correspondía la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la antijuridicidad de la conducta del personal médico del SNS-O que invoca. Por el contrario, de los informes disponibles se deriva que, desgraciadamente, se actualizó una de las complicaciones inherentes a la realización de una artrodesis lumbar con injertos, riesgo advertido en el documento de consentimiento informado que suscribió la paciente en octubre de 2015 y que era perfectamente válido para la intervención finalmente realizada en 2017.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por doña... por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.