



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 234/2011

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 14 de noviembre de 2011, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excma. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 23 de junio de 2011, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **173/11**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 17 de octubre de 2007, x, y sus hijos x, y, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial en solicitud de una indemnización por los daños sufridos por su esposa y madre, x, a consecuencia de la asistencia sanitaria que se le dispensó en el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", de Murcia.

Según los reclamantes, la paciente falleció en el citado Hospital el 22 de diciembre de 2006, tras permanecer ingresada desde el 25 de octubre de ese año, para ser intervenida de un rescate y sustitución de prótesis de cadera, que llevaba colocada desde hacía tiempo. En el transcurso de la operación el cirujano lesionó con una broca el plexo venoso sacro, ocasionándole una grave hemorragia, que sólo pudo ser controlada tras diez horas de quirófano y numerosas transfusiones de hemoderivados, con la intervención del Servicio de Cirugía Cardiovascular.

Para los reclamantes, el fallecimiento fue debido a una negligencia médica que produjo una grave hemorragia y desencadenó una serie de complicaciones de tipo pulmonar, renal, vascular y metabólico, que condujeron a la enferma a una situación clínica irreversible que conllevó el fallecimiento.

Afirman que la complicación surgida no es un riesgo normal en una intervención de prótesis de cadera, máxime cuando, tal y como indicó el Servicio de Anestesiología del Hospital, la paciente no padecía factores de riesgo que pudieran ocasionarla. Y, de hecho, los riesgos en la intervención de reemplazo de prótesis de cadera eran bastante bajos, (en concreto de un 1,7%, según el informe pericial aportado), de los que el de infección de la herida operatoria era la complicación de mayor porcentaje.

Los reclamantes solicitan una indemnización total de 177.774 euros, más los intereses legales correspondientes, acudiendo para la valoración del daño al Anexo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, en su actualización operada por Resolución de 7 de enero de 2007, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Como elemento destacable para la valoración del daño, se alega que tanto el esposo como una de las hijas de la fallecida son discapacitados que recibían asistencia de la finada.

Proponen los interesados la prueba siguiente:

- Documental, tanto la aportada con el escrito de reclamación (documentación acreditativa de la legitimación de los reclamantes y de la condición de minusvalía de dos de ellos, y parte de la historia clínica de la paciente) como el historial clínico completo e informe del Banco de Sangre del Hospital, cuya aportación al expediente se solicita expresamente a la Administración.

- Testifical, de los facultativos y demás ayudantes que colaboraron en la intervención practicada, así como de los facultativos del Servicio de Cirugía Cardiovascular y del Servicio de Anestesia, que también participaron. Asimismo, se solicita que se tome declaración al autor del informe pericial adjuntado con la reclamación.

- Pericial, consistente en el informe valorativo de la asistencia prestada a la paciente, ya aportado junto a la reclamación. En dicho informe, se destaca que:

- a) En el momento de afrontar la intervención, la paciente no padecía enfermedad sistémica grave y así fue valorada por el Servicio de Anestesiología al asignarle una valoración de riesgo ASA II, que descartaba la existencia de riesgos previos sobreañadidos a los propios de la intervención.

b) En el transcurso de la intervención *"sobrevino un accidente"* cuando al utilizar una broca se produce daño vascular en el plexo venoso sacro, originando un sangrado grave que exige la intervención de cirujanos cardiovasculares y abundantes transfusiones, lo que determina un shock hemorrágico y, quizás también, el síndrome de distress respiratorio. Se relata toda la evolución de la paciente hasta el fallecimiento y se destaca que los facultativos hacen constar en la historia clínica que la causa primera del cuadro clínico es la hemorragia sufrida durante la intervención. Coincide con ellos el perito de los reclamantes, para quien *"la causa desencadenante fue la grave hemorragia que sufrió la paciente en el transcurso de la intervención"*.

c) Señala el perito que en las intervenciones de reemplazo de prótesis de cadera, los problemas que se dan con más frecuencia son la infección, el sangrado, la luxación, la trombosis venosa profunda y otros como lesiones arteriales o nerviosas. Surgen complicaciones en un 21% de los casos, con una mortalidad del 1,7%. La hemorragia, el colapso vascular y alteraciones hemodinámicas suponen el 0,4% de las complicaciones.

SEGUNDO.- Por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud se dicta resolución de admisión a trámite, que es notificada a las partes interesadas, a la aseguradora de la Administración, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la Dirección de los Servicios Jurídicos.

Del mismo modo, se solicita al Hospital copia de la historia clínica de la paciente, e informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- Remitida por el Hospital la documentación solicitada, consta en ella informe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, evacuado por el cirujano que realizó la intervención de recambio de prótesis de cadera.

Se informa que la paciente, de 77 años de edad, acude a consulta por dolor en cadera. Con el diagnóstico de *"aflojamiento aséptico protésico con protrusión intrapélvica del elemento acetabular"*, se informa a la paciente de las posibilidades de tratamiento (reducidas al recambio de prótesis) y del riesgo de protrusión acetabular hacia la pelvis si no se operaba. Programada para ser operada, la paciente no acude, pero al no poder soportar el dolor que la patología le ocasionaba decide intervenir, lo que se lleva a cabo el 26 de octubre de 2006.

El informe describe la operación en los siguientes términos:

"Se le realiza extracción de su prótesis antigua, sin ninguna incidencia, y se implanta nueva prótesis que, en el momento de finalizarla, con ocasión de colocar el último tornillo de fijación al hueso, se le provoca por acción de la broca una herida venosa en un plexo venoso, que no se puede ver desde la zona de implantación. Se produce grave hemorragia. Con compresión se logra que ceda la hemorragia, pero no (sic) por lo que se avisa al Servicio de Cirugía Cardiovascular, el cual por una vía anterior, accede a dicho plexo venoso sacro, procediendo a su coagulación tras intensas horas de cirugía, ya que la debilidad vascular que presentaba y la especial configuración del plexo lo impedían, estando la enferma en colapso circulatorio general global que fue tratado con éxito por el Servicio de Anestesia (la intervención duró 10 horas).

Pasó a reanimación con el diagnóstico de shock hemorrágico. En reanimación superó postoperatorio inmediato. Dicho postoperatorio debido a la consecuencia del shock hemorrágico y del tiempo de las cirugías se desarrolló con multitud de complicaciones: infecciones, luxaciones, derrame pleural, úlceras de decúbito.

Fue tratada por Geriátría y Medicina Interna en planta y vista su evolución por Traumatología, Cirugía Plástica y CCV, así como Cirugía Digestiva (probable neoplasia de recto) y Nutrición. Al principio evolucionó favorablemente dentro de su gravedad, pero desde el 14 de diciembre de 2006, su estado general fue deteriorándose, informando a la familia del mal pronóstico el cual produjo éxitus el día 22 de diciembre de 2006".

En otro informe posterior del mismo facultativo, de fecha 22 de febrero de 2008, señala que *"todo lo que relatan los reclamantes es cierto, cuando se estaba a punto de terminar la cirugía, en el último tornillo a colocar con una broca se produjo una hemorragia por lesión del plexo venoso, que conocemos donde está, pero que no lo vemos y no sabemos si es más grande o más pequeño, si es más frágil o no. Aparte de esto, la especial posición que precisaba el implante protésico puede hacer variar el sitio de colocación del tornillo. Esto es lo que pasó, pero no por negligencia, porque sabemos lo que hacemos y sabemos lo que necesita el enfermo. Es un gesto habitual en nuestros implantes, de los cuales he realizado los que ni puedo recordar y siempre hago lo mismo, lo hago, lo he hecho y lo sigo haciendo. Y no ha pasado nunca nada más que con este caso desgraciadamente que concluyó con el éxitus de la paciente".* Finaliza su informe negando que cometiera negligencia alguna y calificando lo sucedido de accidente preoperatorio (sic) que fue informado en el oportuno documento de consentimiento.

CUARTO.- Constan asimismo los siguientes informes:

- El del Servicio de Cirugía Cardiovascular, que se expresa como sigue:

"En referencia a la complicación quirúrgica ocurrida, en la cirugía de recambio de prótesis de cadera, como consecuencia de la debilidad del hueso en este tipo de intervenciones de rescate, se nos avisa, de forma urgente, para atender sangrado en sábana de apariencia venosa. Tras control parcial con hemostasia compresiva, se hace necesario el cambio de posición de la paciente, para abordaje retro-peritoneal desde la cara anterior del abdomen, lo cual se realiza avisando a otro compañero y así, mientras se realizaba compresión en la zona de sangrado, se disecaba el acceso a dicha zona por vía anterior. Se encontró sangrado del plexo venoso sacro, se exploraron arteria y vena iliaca principal sin encontrar lesión en ellas, y se realizó hemostasia compresiva dada la debilidad de la zona. Tras conseguir control de la hemorragia terminaron nuestros servicios requeridos".

- El del Servicio de Hematología, que concretó los hemoderivados que se trasfundieron a la paciente durante la intervención:

"C. de hematíes: 43 Unidades. Plasma fresco congelado: 18 Unidades. Concentrado de plaquetas: 20 Unidades. Crioprecipitados: 20 Unidades".

QUINTO.- Por la instrucción se admite la prueba documental aportada con el escrito de reclamación y la consistente en petición de la historia clínica; sin embargo se rechaza por innecesaria la de petición de informe al banco de sangre del Hospital sobre las sustancias con que se realizaron las transfusiones, al no cuestionarse el hecho de la importante hemorragia que sufrió durante la intervención, que quedaba suficientemente acreditada en el expediente.

Respecto a la prueba pericial, se admite el informe aportado junto a la reclamación, que queda incorporado al expediente. Por el contrario, se rechaza la prueba testifical, por innecesaria, toda vez que el órgano instructor ya había solicitado, a los propuestos como testigos, la emisión de los informes facultativos. Del mismo modo, también se considera innecesaria la declaración testifical del perito de los reclamantes, al haberse admitido como prueba pericial el dictamen por él emitido.

SEXTO.- Por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud se aporta informe pericial emitido por tres especialistas, dos de ellos en Traumatología y un tercero en Cirugía Plástica y Reparadora, que alcanzan las siguientes conclusiones:

"1. x fue operada de la cadera derecha donde existía una PTC movilizada para ser recambiada por un nuevo implante.

2. En la cirugía presentó una complicación por una lesión accidental de un plexo venoso intrapélvico que originó una hemorragia y posterior hematoma retroperitoneal. Precisó transfusión masiva con hematíes, crioprecipitados, plaquetas, plasma, gelofundina y volumen, consiguiendo controlar hemorragia.

3. Pasó a Reanimación con inestabilidad hemodinámica y SDRA que evolucionaron a la estabilización, consiguiendo mantener hematocrito estable con límites bajos de la normalidad, pudo ser extubada y fue trasladada a planta, encontrándose hemodinámica estable y el SDRA controlado.

4. Presentó disproteïnemia con anasarca, ascitis y derrame pleural bilateral. Infección de herida quirúrgica. Fue tratada por Medicina Interna, Infecciosas, Geriátría, Traumatología, Cirugía Plástica y Vascular, así como Digestivo.

5. La enferma presentó un fracaso multiorgánico, posiblemente en relación con el desequilibrio provocado por la hemorragia quirúrgica que desequilibró la polipatología de la que era portadora, falleciendo el 22-12-06.

6. En la revisión y estudio de la historia clínica, no se ha encontrado ninguna causa de mala praxis. La lesión vascular es una complicación previsible, poco frecuente y no evitable. Esta complicación originó un cuadro de alteraciones multiorgánicas que contribuyeron a desequilibrar la patología de la que la paciente era portadora. Se ha actuado según lex artis ad hoc".

SÉPTIMO.- Recabado el preceptivo informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales (Inspección Médica), se emite el 24 de septiembre de 2010. Tras resumir la historia clínica, se informa que la intervención se inició sin problemas en esta ocasión, aunque fue larga y agresiva, saliendo la paciente muy deteriorada del quirófano. Su debilidad constitucional y las agresiones del entorno propiciaron el asentamiento de infecciones nosocomiales, que impidieron que remontara la situación basal a pesar de los cuidados posteriores. La conclusión final del informe es que *"no queda suficientemente documentada la previsión de complicaciones en cirugía de sustitución de prótesis de cadera con hemorragia*

fortuita".

OCTAVO.- El 24 de noviembre, el órgano instructor solicita a la Dirección del Hospital ser informado sobre los siguientes extremos:

- Protocolo de actuación en intervenciones como la practicada (recambio de prótesis de cadera), respecto a reserva de sangre, a fin de prever posibles complicaciones que pudieran surgir durante la intervención.

- Protocolo de actuación en cuanto a la retirada de antiagregantes y antiplaquetarios, para intervenciones quirúrgicas de alto riesgo.

Contesta el Jefe de Servicio de Traumatología en los siguientes términos:

"Adjunto protocolo de petición de sangre, donde se especifica la intervención a realizar, cuándo se va a utilizar, y qué cantidad se reserva. Habitualmente se piden 3-4 unidades de concentrado. Respecto a protocolo de utilización de antiagregantes, previamente a la cirugía se suspende la medicación anticoagulante y se sustituye por heparina de bajo peso, continuando posteriormente a la cirugía. Si no toma anticoagulantes se comienza con heparina de bajo peso tras cirugía".

Solicitada aclaración al citado Servicio sobre determinados extremos de su informe, contesta que *"el protocolo de reserva de sangre estaba en vigor ya en 2006, y en el caso que nos ocupa se siguió correctamente. Igualmente se siguió correctamente el protocolo de retirada de antiagregantes con paso a heparina de bajo peso molecular".*

NOVENO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, comparece la Letrada de los reclamantes quien, tras obtener vista del expediente, formula escrito de alegaciones. En él se reitera lo expuesto en el escrito inicial, en cuanto a que queda acreditado que durante la intervención quirúrgica de la paciente, el cirujano le lesionó el plexo venoso con una broca, cuando iba a colocar el último tornillo de su prótesis de cadera, y causó la disección de una arteria y de las venas ilíacas, tal como reconoció la Inspección Médica en su informe (aunque no concretó el motivo de la disección). También considera acreditado que la hemorragia fue la causa de las complicaciones posteriores que desembocaron en su muerte.

Se enfatiza, además, que, aunque de conformidad con el protocolo se pedían de 3 a 4 unidades de concentrado, en el caso de esta paciente no fue suficiente, debido a la gravedad de la hemorragia, que obligó a trasfundir 101 bolsas de sangre y compuestos sanguíneos, motivo por el que reiteran su valoración de que lo ocurrido no fue un riesgo típico, sino una grave negligencia médica.

Asimismo, y con apoyo en la conclusión de la Inspección Médica relativa a que no estaba acreditada la previsión por el Servicio de Traumatología de las posibles complicaciones en esta cirugía, como la hemorragia sufrida, afirman que en el consentimiento informado que firmó la paciente no se le informó de forma suficiente sobre los riesgos de la intervención, que fueron mucho más graves que los que se recogieron en el documento, el cual, además, carecía de valor al haberse suscrito seis meses antes de la intervención.

DÉCIMO.- Con fecha 14 de junio de 2011, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no resulta acreditada la concurrencia de los elementos generadores de la responsabilidad patrimonial de la Administración, al entender que no existió mala praxis durante la intervención y que se informó debidamente a la paciente de los riesgos de aquella.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 23 de junio de 2011.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, concurriendo con ello el supuesto previsto en el artículo 12.9 de la ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de la acción resarcitoria y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, corresponde a los reclamantes, por ser quienes sufren los daños por los que reclaman indemnización, derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a uno de los servicios públicos de su competencia.

II. Por lo que se refiere a la temporaneidad de la acción resarcitoria, la reclamación, de 17 de octubre de 2007, ha de considerarse presentada dentro del plazo de un año contado desde la determinación del alcance de los daños por los que se reclama (fallecimiento de la paciente, acaecido el 22 de diciembre de 2006), conforme con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, sin perjuicio de destacar una trascendental omisión en la instrucción, a cuyo análisis se dedica la Consideración Cuarta de este Dictamen, y la excesiva tardanza en resolver el procedimiento, que ya ha alcanzado los 4 años de tramitación, sin que se adviertan en el expediente circunstancias que justifiquen dicha demora.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "lex artis ad hoc", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, 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 (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La "lex artis", así, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la

STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente 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 si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción de la "lex artis" responde la Administración de los daños causados, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad, que podría declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que no pudieran evitar la muerte de un paciente, o las lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica realizada conforme a la "lex artis", entre otros supuestos posibles.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el

Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario. Su análisis bajo el prisma de la "lex artis": necesidad de completar la instrucción.

Al margen del déficit de información tendente a obtener el consentimiento de la paciente, la imputación principal, sobre la que se construye y gravita toda la argumentación que da soporte a la pretensión indemnizatoria de los reclamantes, es que durante la intervención quirúrgica se cometió una negligencia profesional por parte del cirujano que realizaba la operación, quien, al utilizar la broca para posibilitar la fijación del último tornillo de fijación de la prótesis, lesiona el plexo venoso sacro, produciendo la grave hemorragia de la que derivan todas las complicaciones ulteriores y que llevan a la muerte de la paciente.

La valoración que de dicho episodio realizan los informes médicos obrantes en el expediente es que se trata de un "accidente" (perito de los reclamantes) o un acontecimiento "*previsible pero no evitable*" (peritos de la aseguradora de la Administración).

Desde el punto de vista del ajuste de dicha actuación a normopraxis, la pericial de la parte actora no lo valora, limitándose a afirmar que las incidencias surgidas durante la operación fueron las causantes de las complicaciones posteriores y, en última instancia, de la muerte de la paciente, pero sin detenerse en considerar si la técnica quirúrgica fue la adecuada, ni si se cometieron errores o actuaciones contrarias a los dictados de la ciencia médica.

Por el contrario, los peritos de la aseguradora afirman expresamente que la hemorragia no se debe a mala praxis. Al respecto, indican que la afección del plexo venoso sacro se debe a que éste no es visible para el cirujano que trabaja en la pelvis externa, pues dichos vasos sanguíneos se encuentran en la pelvis interna, quedando ocultos por el esqueleto. Señalan que "*la posibilidad de lesión vascular es previsible pero no evitable, es previsible porque el hueso tiene una mala calidad y la resistencia disminuye, no es evitable porque el anclaje de los tornillos se realiza a ciegas, en una zona anatómica donde hay un plexo vascular, que como demuestra el Tratado de Anatomía de Testut, presenta variaciones anatómicas*".

La Inspección Médica, por su parte, no incide en absoluto en la corrección o no de la maniobra quirúrgica que produce la hemorragia, ni la califica como evitable o no, ni efectúa una valoración de la misma, en fin, como ajustada o no a normopraxis. La referencia al episodio de la hemorragia se limita a una mera constatación objetiva de los hechos, y así se indica que *"durante la operación, el día 26 de mayo, se produce un sangrado muy intenso que no pudo resolver totalmente el equipo de traumatología. Intentan corregirlo los cirujanos cardiovasculares con apertura de retroperitoneo y sutura de desgarro venoso tras disección de arteria y venas ilíacas. En esta maniobra se observó sangrado en sábana (¿lesión por maniobras operatorias, debilidad vascular, coagulopatía no prevista?...).* Se valoró desde este momento una posible coagulopatía. No podemos determinar el tiempo y la cantidad de sangrado antes de la intervención del Servicio de Cirugía Cardiovascular". A continuación, el informe se concentra sobre la situación hemodinámica de la paciente hasta que pasa a reanimación, con indicación de los productos sanguíneos que le son transfundidos durante las horas que permanece en quirófano y analiza la evolución postoperatoria, deteniéndose en la situación neurológica de la paciente, la aparición de infecciones y la desnutrición proteica.

En relación con este tipo de intervenciones, la Inspección afirma que habitualmente cursa con pérdidas de sangre que suelen requerir transfusión, debiendo atender a las probables pérdidas y al estado general, a los padecimientos concomitantes y a la terapéutica si se tiene. Llega finalmente a la conclusión de que *"no queda suficientemente documentada la previsión de complicaciones en cirugía de sustitución de prótesis de cadera con hemorragia fortuita".*

De la lectura de este informe, cuya trascendencia para la Administración ya ha sido puesta de relieve en la Consideración Tercera de este Dictamen, surgen a este Consejo Jurídico diversas dudas, cuya resolución debe anteceder a la emisión de un parecer acerca de la concurrencia o no de los elementos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en el supuesto sometido a consulta, pues en estos casos el razonamiento jurídico ha de apoyarse en cimientos técnico-médicos, lo más precisos y sólidos posibles.

Así, en primer lugar, la carencia de una valoración a la luz de la ciencia médica de la actuación del cirujano cuando lesiona los vasos sanguíneos con la broca utilizada para la fijación de la prótesis al hueso de la paciente, impide contrastar el parecer técnico de los peritos de la aseguradora, que no advierten mala praxis alguna en dicho episodio, pues parten del entendimiento de que no era evitable tal lesión al estar oculto el plexo venoso por el propio esqueleto. A tal efecto, sería necesario determinar si una correcta técnica quirúrgica obligaba a adoptar alguna medida de precaución adicional que hubiera permitido evitar la lesión vascular, tales como identificar previamente la ubicación exacta de los vasos, aislarlos o protegerlos de alguna forma antes de aplicar la broca a ciegas sobre la pelvis, limitar la profundidad del orificio a practicar para evitar lesiones a estructuras ocultas, etc.

Por otra parte, de la conclusión alcanzada en el indicado informe inspector, parece

desprenderse que la Inspección considera que hubo una actuación no totalmente ajustada a normopraxis en cuanto a la previsión de complicaciones en este tipo de cirugía con hemorragia fortuita. Sin embargo, los términos tan genéricos en que se expresa dicha conclusión impiden a este Consejo Jurídico discernir qué concretas medidas de previsión fueron omitidas y qué incidencia tuvieron tales carencias preventivas sobre la negativa evolución de la salud de la paciente durante el postoperatorio y su fallecimiento, extremos éstos cuya determinación en el ámbito médico son presupuesto necesario para extraer las correspondientes consecuencias jurídicas en el terreno de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Ha de destacarse, además, que las incertidumbres expuestas se acrecientan con la oposición de los peritos de la aseguradora a dicha conclusión de la Inspección (folio 295 del expediente) y con la contestación del Jefe de Servicio de Traumatología del Hospital a las preguntas formuladas por el órgano instructor al afirmar que se cumplieron los protocolos de reserva de productos sanguíneos para transfusión y de retirada preoperatoria de medicamentos antiagregantes.

En consecuencia, procede que por el órgano instructor se recabe de la Inspección Médica un nuevo informe en el que se pronuncie acerca de la adecuación de la actuación del cirujano a la "lex artis" y el carácter evitable o no de la lesión vascular producida, analizando si una correcta praxis médica exigía la adopción de medidas precautorias adicionales. Del mismo modo, en dicho informe debería requerirse de la Inspección Médica una especificación de las circunstancias en las que se basa la conclusión de su primer dictamen acerca de una posible falta de previsión de eventuales complicaciones en el tipo de cirugía empleado, precisando qué concretas medidas de previsión fueron omitidas y qué incidencia tuvieron tales carencias preventivas sobre la negativa evolución de la salud de la paciente durante el postoperatorio y su fallecimiento.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

PRIMERA.- Procede completar la instrucción del procedimiento con la actuación a que se refiere la Consideración Cuarta de este Dictamen y en los términos allí indicados.

SEGUNDA.- Una vez emitido el nuevo informe y tras conferir audiencia a los interesados, deberá formularse nueva propuesta de resolución y remitirse de nuevo el expediente a este Consejo Jurídico para la emisión de Dictamen sobre el fondo.

No obstante, V.E. resolverá.

