



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen **185/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 23 de junio de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 7 de octubre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exptes. **173/11 y 342/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 17 de octubre de 2007, x y sus hijos x, y, z, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial solicitando 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 (HUVA en lo sucesivo).

Según exponen los reclamantes, la paciente, de 77 años, 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. Desde el 26 de octubre hasta el 22 de diciembre de 2006, en que falleció, la x estuvo penando y sufriendo.

Para los reclamantes, el fallecimiento fue debido a una grave 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 HUVA, la paciente no padecía factores de riesgo que pudieran ocasionarla (paciente con enfermedad sistémica moderada). 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 y sin que en este caso se presentara.

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 HUVA, en el que se haga constar las transfusiones realizadas a la paciente, 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 de los Servicios de Cirugía Cardiovascular y 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 produjo daño vascular en el plexo venoso sacro, originando un sangrado grave que exigió la intervención de cirujanos cardiovasculares y abundantes transfusiones, lo que determinó 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.

En este caso se presentaron todas las complicaciones descritas, si bien, en su opinión, de no haber ocurrido la grave hemorragia en el curso de la intervención quirúrgica, es previsible que el postoperatorio hubiese sido el habitual de evolución favorable hasta el alta hospitalaria, al no existir en este paciente factores especiales de riesgo vital, ni ningún otro que hiciese prever un desenlace fatal. Prosigue que la afectación pulmonar, renal, vascular y metabólica son consecuencia directa de la hemorragia, que obligó a realizar abundantes transfusiones y

mantuvo a la paciente bajo ventilación mecánica, favoreciendo el síndrome de distress respiratorio. También alargó la estancia hospitalaria, favoreciendo así la aparición y perpetuación de infecciones, que sin duda influyeron en la importante depleción proteica que sufrió.

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 HUVA 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 (folios 150 y 151 del expediente 173/2011).

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, por temor a la cirugía, la paciente no acude a una llamada, 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 Geriatria 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 (folios 262 y 263 del expediente 173/2011), 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 exitus 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.

El documento de consentimiento informado para implante de prótesis articular de cadera obra en los folios 152, 153 y 154 del expediente 173/2011.

CUARTO.- Constan asimismo los siguientes informes en el expediente 173/2011:

- El del Servicio de Cirugía Cardiovascular, que se expresa como sigue (folio 260):

"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 (folio 254), que concretó los hemoderivados que se transfundieron 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 el órgano instructor 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 HUVA sobre las sustancias con las 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. Preciso 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 disproteinemia con anasarca, ascitis y derrame pleural bilateral. Infección de herida quirúrgica. Fue tratada por Medicina Interna, Infecciosas, Geriátrica, 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 HUVA ser informado de 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 que representa a 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 ha quedado 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). Destaca que lo que aquí ha ocurrido es una grave negligencia médica, porque a nadie "le cortan de un tajo una arteria y varias venas". 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 aquélla.

UNDÉCIMO.- Recabado el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, se evacuó bajo el núm. 234/2011, en el que tras destacar las dudas que suscitaba el informe de la Inspección Médica en orden a la *praxis* médica seguida, que a su vez también omitía la valoración de la maniobra quirúrgica que produjo la hemorragia, se concluye en que procede completar la instrucción, solicitando un nuevo informe a la Inspección Médica para 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. También se indicaba la conveniencia de aclarar la conclusión de su primer informe 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.

DUODÉCIMO.- Obran las siguientes actuaciones posteriores, que integran el expediente 342/2013 de este Consejo Jurídico:

1. El escrito que el órgano instructor dirige a la Inspección Médica el 20 de diciembre de 2011, para que aclare los aspectos reseñados con anterioridad, con traslado de la copia de nuestro Dictamen. Con posterioridad, el órgano instructor le remite copia del expediente, a solicitud a la indicada Inspección (folio 379 bis).

2. Un extenso informe complementario de la Inspección Médica, de fecha 13 de julio de 2012 (folios 381 a 405), que concluye:

"En definitiva, no se utilizaron previamente a la cirugía todos los medios disponibles para evitar problemas, no se profundizó en la previsión quirúrgica para minimizar riesgos, no se evitó la puesta en marcha de manifiesto de sucesivos efectos adversos durante su ingreso".

3. La remisión del informe anterior a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud -- para su conocimiento y el otorgamiento de trámites de audiencia a las partes interesadas.

4. Las alegaciones presentadas por x, en representación de los reclamantes (folios 490 a 495), en las que expresa, entre otros aspectos, los siguientes:

- Hubo mala *praxis* médica puesto que el propio traumatólogo interviniente reconoce lo que relatan los reclamantes, que con una broca se produjo una hemorragia por lesión del plexo venoso.
- No se adoptaron las medidas preventivas para evitar una lesión tan importante, ni se planificó la intervención de forma oportuna, al no valorar que se trataba de una cirugía mucho más complicada que la de colocación de prótesis de cadera y que era posible que se produjera una lesión vascular. Así no se hizo un estudio previo de la morfología de los tejidos y de los huesos, mediante un TAC o angiografía de

cara a evitar riesgos, ya que aunque se conocía la localización de la anatomía alterada y la profusión pélvica de cemento, no constaba la previsión adicional del recorrido de los vasos. Además se fijó el componente acetabular de la prótesis sin cemento lo que elevaba el nivel de posibles riesgos. Al tratarse de una persona mayor hubiera sido más recomendable realizar una fijación con cemento aunque con ésta se le hubiera mermado la movilidad.

- Faltó meticulosidad del facultativo interviniente, incumpléndose la *lex artis*, pues al ser previsibles los riesgos, debió haber determinado las áreas de seguridad para colocar los tornillos, determinado cuadrantes, colocado a la paciente en posición retroperitoneal y con pinzamiento temporal de los vasos ilíacos, para evitar la pérdida de sangre y conservar la vida del miembro de la paciente.
- La paciente sufrió una gran hemorragia por la que se le hubo de transfundir 101 bolsas de sangre y compuestos sanguíneos. Dicha hemorragia pudo estar relacionada con la modificación de las características de la sangre y su capacidad para formar coágulo hemostático. Señala que no se controló la suspensión a la paciente de la toma de antiagregantes pese a conocerse en su historia clínica que se medicaba con "plavix", lo que, por el contrario, sí se tuvo en cuenta en la intervención del año 2002. Tampoco se previó la demanda de sangre reservando 2 concentrados de hematíes, cuando habitualmente se solicitan 3-4 unidades.
- El documento de consentimiento informado que firmó la paciente no fue correcto, pues se suscribió con una antelación de seis meses. Además la información que se le ofreció fue para una cirugía de prótesis primaria y no para sustitución con un componente acetabular con tornillos, cirugía más compleja y con complicaciones más graves. Sostiene que la paciente no tuvo la opción de decidir si se realizaba la intervención o no en función de unas mayores complicaciones. De otra parte, reseña que firmó un "formulario tipo" para una intervención que no se realizó, con una previsión de riesgos no adaptada a la cirugía a la que se sometió (reemplazo de prótesis de cadera). Incluso se sostiene que de haber conocido los verdaderos riesgos de la intervención no se hubiera sometido a la misma, pues inicialmente decidió no operarse.

Finalmente, hacen suyas las conclusiones de la Inspección Médica, a las que une la inexistencia de consentimiento informado, reiterando las cantidades ya solicitadas.

5. Un nuevo informe pericial de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud (folios 498 a 513) procedente de dos especialistas en Anestesiología y Reanimación, de fecha 7 de enero de 2013, que se pronuncian sobre el tratamiento de la sangre en el proceso quirúrgico al que se sometió la paciente. Se concluye que la hemorragia aguda fue secundaria a la lesión vascular (complicación poco frecuente, pero descrita en el consentimiento informado) y no a la toma de fármacos antiagregantes. Antes de producirse la lesión del plexo venoso, no se observó sangrado importante durante la cirugía; que los pacientes en tratamiento crónico con clopidogrel presentan una mayor incidencia de sangrado y de transfusión, pero éste no influye en el pronóstico quirúrgico ni en la mortalidad; y que hasta el año 2011 la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación no tenía publicada guías sobre el manejo de los antiagregantes en el periodo perioperatorio.

6. Un nuevo trámite de audiencia a los reclamantes, que formulan alegaciones el 23 de abril de 2013 (registro de entrada), en las que se ratifican en las anteriormente presentadas, que no se modifican tras la emisión del nuevo informe pericial aportado por la compañía aseguradora, al que califican de falto de objetividad, y que ha alcanzado unas conclusiones erróneas. Se destaca que no se controló que la paciente suspendiera la toma de plavix, lo que pudo ser decisivo para que se tardara tanto tiempo en controlar la hemorragia y que, finalmente, se le tuvieron que transfundir 101 bolsas de sangre y compuestos sanguíneos, como señala la Inspección Médica. Reitera las

restantes imputaciones ya formuladas de mala *praxis* y de falta de información del documento de consentimiento informado que suscribió la paciente.

DÉCIMOTERCERO.- A la vista de las actuaciones anteriores, el órgano instructor se dirige el 27 de mayo de 2013 (registro de salida) a la Correduría -- para que le informe sobre la pérdida de oportunidad que pudo implicar para la paciente la no suspensión del antiagregante plavis, que tenía prescrito con carácter previo a la cirugía practicada a causa de sus patologías de base, en relación con la hemorragia que sufrió y que desencadenó su negativa evolución.

La división médica de dicha Correduría aporta un dictamen estimatorio del daño corporal por fallecimiento (folios 524 y ss.), en el que responde a la pregunta formulada por el órgano instructor: *"en ausencia de estudios más específicos, consideraremos que el incremento del 20% en el riesgo de sangrado postoperatorio, que se estima con el uso de fármacos antiagregantes, como el riesgo de mortalidad que atribuiremos a la falta de retirada del antiagregante plaquetario"*. A partir de ahí propone las cuantías indemnizatoria que figura en su informe, que concreta en la cantidad global de 23.703 euros, teniendo en cuenta para su cálculo el factor de corrección por minusvalía de una hija.

Dicho dictamen valorativo fue trasladado a las partes interesadas, presentando los reclamantes escrito de alegaciones el 2 de agosto de 2013, en el sentido de expresar su disconformidad con la evaluación económica realizada, que debe ser del 100% y no del 20% porque, según exponen, la muerte no admite estadios intermedios y las imprudencias han sido muy graves, reiterando las imputaciones anteriormente formuladas, haciendo suyas las conclusiones de la Inspección Médica.

DECIMOCUARTO.- La propuesta de resolución, de 2 de septiembre de 2013, estima en parte la reclamación de responsabilidad patrimonial por cuanto si bien considera que la patología sufrida estaba bien diagnosticada y la técnica quirúrgica y la ejecución fueron correctas, produciéndose un riesgo típico de esta cirugía, reconoce que los facultativos intervinientes obviaron retirarle el fármaco que tenía prescrito (Clopidogrel) unos días antes de la operación, a fin de evitar que en el caso de que se produjera una complicación hemorrágica, como así ocurrió, ésta fuera tan importante, lo que contribuyó a su desfavorable evolución. No obstante, considera que no todos los daños sufridos por la paciente son atribuibles, en toda su extensión, a la Administración regional. La consecuencia de la aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad al presente caso, es que sólo se indemniza el porcentaje de oportunidades de obtener una curación en tiempo oportuno, considerando el órgano instructor que según los datos obrantes en el expediente, podía obtenerse en función de porcentajes muy bajos.

En cuanto a la cuantía indemnizatoria, se proponen las cantidades informadas por la división médica de la Correduría de Seguros --, a las que se harán referencia en las consideraciones.

DECIMOQUINTO.- Con fecha 7 de octubre de 2013 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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, en relación con el 12 Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

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, habiéndose completado la instrucción en el sentido indicado por este Consejo Jurídico en el Dictamen 234/2011. No obstante, atendiendo a la fecha de la reclamación, resulta evidente la excesiva tardanza en resolver el presente procedimiento, como destacamos en aquel Dictamen.

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.

Puesto que 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, este Órgano Consultivo recomendó, ante las dudas que suscitaba el primer informe de la Inspección sobre la *praxis* médica, una ampliación del mismo para que se pronunciara expresamente sobre 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 adecuada *praxis* exigía también la adopción de medidas de prevención adicionales. En relación con la conclusión de su primer informe (Antecedente Séptimo), se solicitaba aclaración sobre qué concretas medidas de previsión fueron omitidas y su incidencia sobre la negativa evolución en la salud de la paciente. Una vez evacuado, junto con las actuaciones instructoras anteriores y nuevas, procede entrar a conocer la cuestión de fondo suscitada.

CUARTA.- Sobre la acreditación de las imputaciones formuladas por los reclamantes.

Las imputaciones de los reclamantes se contraen a los siguientes aspectos de la asistencia sanitaria: en primer lugar, se achaca al traumatólogo que intervino a la paciente negligencia médica, puesto que le lesionó con una broca el plexo venoso sacro, ocasionando una grave hemorragia, que no pudo superar la paciente debido a las complicaciones que se produjeron como consecuencia de aquélla (pulmonar, renal, vascular y metabólica); en segundo lugar, se atribuye al servicio público sanitario la omisión de medidas preventivas para evitar una lesión tan importante, y la falta de planificación, al no valorar que se trataba de una cirugía mucho más complicada que la de colocación de prótesis de cadera y que era posible que se produjera una lesión vascular. En este último aspecto se señala que la paciente sufrió una gran hemorragia, siendo transfundidas 101 bolsas de sangre y compuestos sanguíneos, que pudo estar relacionada con la modificación de las características de la sangre y su capacidad para formar coágulo hemostático, sin que se controlara la toma de antiagregantes previa a la intervención, pese a conocerse en su historia clínica que se medicaba con "plavix", lo que, por el contrario, sí se tuvo en cuenta en la intervención anterior del año 2002. Tampoco se previó la demanda de sangre reservando 2 concentrados de hematíes, cuando habitualmente se solicitaban 3-4 unidades. En tercer lugar se sostiene por los interesados la falta de información a la paciente porque el documento de consentimiento que firmó no fue correcto, se suscribió con una antelación de seis meses, además de que la información que se le ofreció fue para una cirugía de prótesis primaria y no para sustitución con un componente acetabular con tornillos, cirugía más compleja y con complicaciones más graves.

En el análisis de las imputaciones formuladas, este Órgano Consultivo parte de los siguientes presupuestos: 1º) En el historial se ha verificado que durante la intervención practicada a la paciente de recambio y sustitución de prótesis de cadera se produjo una lesión en el plexo venoso sacro, producida por la broca utilizada para fijar los tornillos de la prótesis al hueso, como lo reconoce el propio facultativo que la intervino: *"se le realiza extracción de una prótesis antigua sin ninguna incidencia y se implanta nueva prótesis que el momento de finalizarla en ocasión de colocar el último tornillo de fijación al hueso se le provoca por la acción de la broca una herida venosa en el plexo venoso, que no se puede ver desde la zona de implantación. Se produce grave hemorragia"*. El postoperatorio, debido a las consecuencias del shock hemorrágico y del tiempo de las cirugías, se desarrolló con múltiples complicaciones, produciéndose el *exitus* el día 22 de diciembre de 2006 ; 2º) El segundo informe de la Inspección Médica, de 13 de julio de 2012, de aclaración de determinados extremos de la *praxis* médica, concluye que *"no se utilizaron previamente a la cirugía todos los medios disponibles para evitar problemas, no se profundizó en la previsión quirúrgica para minimizar riesgos, ni se evitó la puesta en marcha de manifiesto de sucesivos efectos adversos durante su ingreso"*.

Veamos, pues, el análisis de las imputaciones formuladas por los reclamantes, en contraste con la propuesta elevada.

1. Sobre la suspensión del antiagregante antes de la intervención.

Dice la Inspección Médica (folio 404):

"En la página 304 del expediente (y página 5 del informe de la Inspección Médica de 24 de septiembre de 2010) señalamos: "no consta en la historia clínica examinada la recomendación para el cese de tratamiento antiagregante días antes del procedimiento quirúrgico".

"Esto es una concreción preoperatoria que no se realizó a pesar de las especificaciones técnicas de los productos antiagregantes utilizados y de su uso constatado en otros procedimientos similares, e incluso en la misma paciente tiempo antes".

Por tanto, se advierte por la Inspección un primer fallo en la *praxis* médica, consistente en no haberse suspendido el uso de antiagregantes antes de la intervención, pues la paciente tomaba Clopidogrel (plavix) según consta en el historial, que prolonga el tiempo de hemorragia, y conforme a sus especificaciones técnicas se advierte el riesgo de hemorragia y la necesidad de suspender su administración 7 días antes de las intervenciones quirúrgicas (folio 386). Concorre además la circunstancia de que los procesos de reemplazo protésico primario de cadera se asocian a un importante sangrado y muchos de los pacientes requieren transfusión sanguínea según expresa la Inspección.

A la vista de tales consideraciones médicas, el órgano instructor reconoce que la ingesta de fármacos antiagregantes pudo influir en cierta medida en el sangrado, dado que la enferma tenía prescrito el fármaco precitado y que no consta en el historial que se suspendiera días antes, por lo que sostiene una pérdida de oportunidad para la paciente de haber obtenido una recuperación más favorable, si la hemorragia hubiera sido menos masiva, valorando dicha pérdida en un porcentaje del 20%, de acuerdo con el informe de la división médica de la Correduría de Seguros.

2. Sobre la previsión de uso de hemoterapia.

En este aspecto de la praxis la Inspección Médica expone: *"siendo la revisión protésica una técnica con riesgo superior a la sustitución protésica primaria y siendo ambas, procedimientos de alto riesgo de sangrado, la previsión de uso de hemoterapia no se realizó ni en su umbral inferior"*.

Explica a este respecto: *"como se comprueba en la página 255 del expediente y en la hoja de petición al banco de sangre, de fecha 25 de octubre de 2006, la reserva realizada fue de 2 concentrados de hematíes. El dato no se corresponde con la información proporcionada en la página 313 del expediente en la que se comunica que habitualmente se piden 3-4 unidades de concentrado. Tampoco se corresponde con la actuación usual de prótesis de cadera, de inicio, menos problemática, la actuación habría sido reserva de sangre de 3 unidades de sangre total"*.

Ahora bien, con independencia de que no se cumpliera el protocolo en este aspecto según expresa la Inspección, pese a que el Jefe de Servicio de Traumatología afirme que sí se cumplió, hay que tener en cuenta si esta falta de previsión incidió o no en el fallecimiento de la paciente, y en este aspecto afirma el órgano instructor, recogiendo la opinión de los peritos de la compañía aseguradora y de la división médica de la correduría (folio 525), que la reserva de sangre fue suficiente, prueba de ello fue el volumen de sangre que se envió a quirófano ese día mismo día desde el Banco de Sangre del HUVA, constando que las distintas unidades se fueron suministrando sucesivamente desde las 15,13 horas hasta las 19,00 horas, lo que significaba que se disponía de las mismas en estocaje, quedando demostrada la disponibilidad.

Por consiguiente, pese a que no se cumplió el protocolo, se coincide con el órgano instructor que no resulta acreditado el nexo causal con el daño alegado por los reclamantes.

3. En relación con la intervención quirúrgica.

La Inspección Médica explica (folio 390) que *"la cirugía de revisión y la migración intrapélvica de los componentes se incluye entre los factores de riesgo de la lesión vascular. Los vasos pueden ser lesionados por laceración, tracción de miembro o separación de las partes blandas circundantes. Los traumatismos directos, o la comprensión por los componentes tales como tornillos, cemento, cables y anillos antiprotusivos (...) pueden producir lesiones vasculares"*. A este respecto, el cirujano interviniente, con experiencia en este tipo de operaciones, expresa también que *"el plexo venoso conocemos donde está pero no lo vemos y no sabemos si es grande o 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"* (folio 262).

Sobre la intervención, la Inspección Médica expresa que conociendo la localización de la anatomía alterada y la protusión pélvica de cemento *"no hay constancia de previsión adicional sobre recorrido de vasos. No se ofrece en la historia clínica la localización o denominación exacta del vaso o vasos lesionados. No tenemos constancia de descripción contrastada del acto quirúrgico en sí. Técnicamente se suturó por los cirujanos cardiovasculares una vena (que parece que es la que directamente se dañó con el tornillo o broca (...)). Del desgarró venoso sí hay constancia porque se afirma que se suturó (...). No tenemos datos suficientes para calcular la implicación de*

factores locales como la permanencia de dos tornillos (uno en la prótesis y otro libre) en la lesión tisular. El sangrado se trató con reposición de varias veces el volumen total de sangre de la paciente (valorando la posibilidad de que el lesionado fuese entonces un vaso de gran calibre). La administración de anticoagulante comenzó al día siguiente de la cirugía. También se utilizó compresión neumática para la prevención de tromboembolismo. No se hallaron lesiones arteriales el 7 de diciembre pero la flebografía evidenció trombosis amplia. A las pocas horas, la paciente sufrió desconexión del medio, respiración dificultosa, palidez y sudoración (fenómeno posiblemente iatrógeno)".

A la vista de lo señalado, no figura en los informes de la Inspección Médica que la maniobra de lesión del plexo venoso sacro fuera consecuencia de una actuación negligente del cirujano (otro aspecto diferente sería la omisión de determinadas medidas preventivas), ni tampoco aparece formulado como tal negligencia en el informe pericial aportado por la parte reclamante; del mismo modo, los cirujanos cardiovasculares intervinientes señalan (folio 260) que la hemorragia sufrida es una complicación quirúrgica, consecuencia de la debilidad del hueso en este tipo de intervenciones de rescate. No obstante, todo ese proceso duró diez horas y precisó de múltiples transfusiones, que produjeron una coagulopatía, ingresando la paciente en Reanimación con el diagnóstico de "shock hemorrágico". Según informó el Servicio de Hematología y Hemoterapia, (folio 254), la paciente fue multitransfundida en el quirófano, con 43 Unidades de Concentrado de Hematíes, 18 Unidades de Plasma fresco congelado, 20 Unidades de Concentrado de Plaquetas, y 20 Unidades de Crioprecipitado.

De otra parte, los peritos de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud afirman en el primer informe que la afección del plexo venoso 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 (folio 375).

Así pues, que la Inspección Médica no califique la maniobra de lesión como una actuación negligente, no excluye que cuestione otros aspectos de la *praxis* médica y que reconozca que las consecuencias derivadas del shock hemorrágico y del tiempo de las cirugías (al igual que el propio cirujano interviniente) incidieron en el fallecimiento de la paciente. Así señala la Inspección lo siguiente (folio 405): *"un exceso de días previstos para situaciones similares, con aumento de riesgo de infección de forma continuada (además de las directamente relacionadas, por su precocidad, con el acto quirúrgico). Se produjo infección precoz de la herida quirúrgica, infección en otras localizaciones y fistulación. Se desarrollaron úlceras de decúbito en varias localizaciones. Se demostró luxación y migración de componentes articulares protésicos. No se actuó en la prótesis tras el sangrado".*

En relación con esta última falta de actuación, la Inspección Médica puntualiza que a pesar de que la razón del tratamiento quirúrgico había sido la intervención en la prótesis de cadera, hay un silencio casi absoluto en la historia clínica sobre actuaciones de ortopedia-traumatología en esa localización tras la cirugía, así como *"hay pruebas de imagen en las que se ve que, por los menos desde el día 7 de noviembre de 2006 (radiografía), pocos días después de la cirugía, el cóndilo y el vástago están separados, con un tornillo aplicado en el par acetabular y otro tornillo libre (no tenemos constancia de las estructuras en las que se alojaba). La imagen se mantiene en varias posiciones y con alguna variación espacial en la localización del material protésico durante todo el ingreso. No tenemos constancia de actuación sobre la prótesis. La luxación que se manifiesta añadiría probablemente mayor discomfort a la ya escasa calidad de vida de la paciente. En la página 189 del expediente tenemos su asociación a afectación del ciático poplíteo externo".*

En suma, la Inspección Médica concluye no sólo que no se utilizaron previamente a la cirugía todos los medios disponibles para evitar problemas, sino también que no se profundizó en la previsión quirúrgica para minimizar riesgos, ni se evitó la puesta de manifiesto de sucesivos efectos adversos durante el ingreso (folio 405).

Es decir, advierte otros defectos en la *lex artis*, no sólo el relacionado con el cese de la toma del antiagregante antes de la intervención.

4. Sobre el consentimiento informado.

Los reclamantes consideran que el documento de consentimiento que firmó la paciente el día 3 de abril de 2006, no informó de forma suficiente de los riesgos de la intervención, careciendo de valor porque se firmó 6 meses antes de la misma (folios 152 a 153 del expediente 173/2011). Además señalan que no era un documento específico para el recambio de la prótesis de cadera. Frente a ello, la Inspección Médica expresa que no hay constancia de la variación de la situación clínica durante este tiempo, además de haber consultado en más ocasiones, habiéndose realizado la consulta en preanestesia un mes y medio antes de la cirugía programada.

También la Inspección considera que aunque el documento suscrito es el relativo a la sustitución protésica primaria (y no a la revisión de prótesis de cadera), los riesgos típicos que aparecen corresponden al reemplazo de la articulación de cadera (la hemorragia aguda por lesión vascular, la infección del implante que obligaría a extraer la prótesis, la luxación, el desgaste o aflojamiento de la prótesis que requeriría nueva intervención, etc.), riesgos que casi todos ellos concurrieron en este caso, por lo que concluye que aquél puede ser válido para la cirugía practicada, con la salvedad de que se trataba de un procedimiento más complejo, al que se asociaban complicaciones más graves y frecuentes (folio 403). Sobre el tipo de intervención, resulta razonable pensar que si la paciente se había sometido años antes a una sustitución protésica primaria, era conocedora que la nueva intervención consistía en un reemplazo de la articulación de cadera, como consta, por otra parte, en la solicitud de intervención.

En este aspecto de la información a la paciente, el órgano instructor abunda en los datos suministrados por la historia clínica y por los informes emitidos, señalando que la paciente recibió toda la información que precisaba para la cirugía realizada. Expresa que en dicha documentación clínica consta que la paciente consultó en reiteradas ocasiones al Servicio de Traumatología por dolor de cadera, diagnosticándosele "aflojamiento aséptico protésico con profusión intrapélvica del elemento acetabular", incluyéndola en lista de espera para recambio de prótesis, y firmando el documento de Consentimiento Informado. Fue vista por preanestesia, y no acudió a la cita programada para la intervención, por temor al tipo de cirugía, por lo que hubo de acudir de urgencias por dolor intenso; momento en el que decidió que se la interviniera con carácter preferente al no poder soportar el dolor, siendo su hija (trabajadora del Servicio Murciano de Salud), la que solicitó que se la interviniera lo antes posible (folios 35 y 262).

De ahí que se encuentre motivada la siguiente conclusión del órgano instructor sobre la suficiencia de la información suministrada a la paciente: *"la paciente conocía sobradamente los riesgos de esta intervención, pues dispuso de tiempo suficiente, desde las primeras citas médicas hasta la fecha en que finalmente se intervino, para que la asesoraran y para consultar sus posibles dudas. De hecho en una ocasión pospuso la intervención por el temor que le producía. Por tanto x sabía las especiales dificultades y las posibles complicaciones de la intervención a que se iba a someter, aunque la denominación del documento que suscribió fuera de "implante de prótesis de cadera" y no de "recambio de prótesis de cadera", que fue la cirugía a la que se sometió".* En consecuencia, el hecho de que el contenido del documento firmado se refiriera a una intervención menos compleja, no significaba que la paciente no estuviera informada de los riesgos de la que se le realizó, como queda demostrado en el historial, al posponer en una ocasión la intervención por el temor que le producía.

En consecuencia, no puede estimarse acreditada una omisión de información sanitaria determinante de

responsabilidad patrimonial por lesión del derecho de autodeterminación de la paciente a someterse a uno u otro tratamiento médico según la información previamente dada, por lo que a este respecto no puede entenderse producido un daño susceptible de indemnización, conforme a lo que indicamos en el Dictamen 159/2010.

QUINTA.- Cuantía indemnizatoria.

La cuantía indemnizatoria propuesta por el órgano instructor se sustenta en los siguientes criterios:

1. Hay que indemnizar a los reclamantes, pero únicamente por la pérdida de oportunidad en relación con la falta de retirada del fármaco que tenía prescrito la paciente, "Clopidogrel"(plavix), unos días antes de la operación, a fin de evitar que se produjera una complicación hemorrágica, como así ocurrió, y que ésta fuera tan importante, lo que contribuyó a su desfavorable evolución. Es decir, considera únicamente como infracción de la *lex artis* la no retirada previa del antiagregante, valorando la pérdida de oportunidad, sobre la base de lo informado por la división médica de la correduría de seguros, en un porcentaje del 20% por el incremento del riesgo de sangrado postoperatorio, que se estima con el uso de fármacos antiagregantes, siendo aquel el porcentaje de riesgo de mortalidad que se reconoce. La consecuencia de la aplicación de esta doctrina de la pérdida de oportunidad es que se indemniza no el daño final, sino el porcentaje de oportunidades de obtener una curación en tiempo oportuno, como recoge la STS, Sala 3ª, de 4 de julio de 2007, citada por el órgano instructor.

2. Los daños sufridos por la paciente no pueden ser imputados en toda su extensión a la Administración regional, teniendo en cuenta que conforme a la Clasificación ASA, que no evalúa el riesgo anestésico de un paciente sino su estado preoperatorio y conforme al mismo su posible morbi-mortalidad, la enferma padecía patologías que suponían un riesgo para su intervención quirúrgica, en un porcentaje del 0,4% y 4,3%, y aunque los reclamantes afirmen que su riesgo anestésico era de ASA-II, en realidad éste era ASA II-III (tal y como se recogió en la Hoja de Preanestesia, folio 268), ya que presentaba varios factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes tipo 2, obesidad), lo que aumentaba el riesgo de complicaciones peri-operatorias. Todo ello influyó en el desarrollo de las complicaciones que se sucedieron y en el desenlace final que se produjo.

3. Se aplican como criterios orientativos las indemnizaciones básicas por muerte (incluidos daños morales) correspondientes al sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (baremo correspondiente al año 2013 publicado por resolución de 21 de enero de 2013 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones), resultando las siguientes cantidades de partida:

- Al cónyuge: 86.018,34 euros.
- A cada uno de sus tres hijos, por ser mayores de veinticinco años, les correspondería una indemnización de 9.557,59 euros. En el caso de su hija x, por padecer una minusvalía reconocida del 65 %, se le aplicaría además un factor de corrección del 40%, dentro del intervalo que oscila entre un 50 y un 25%, por tratarse de una hija mayor de veinticinco años. Conforme al porcentaje de la limitación que presenta, se le otorga un 40% de factor de corrección, que asciende al importe de 3.823,04 euros, que sumados a la cantidad anterior resultan 13.380,63 euros.
- Por consiguiente, el importe total que les correspondería percibir a la familia, en caso de que se les abonase una indemnización por el fallecimiento de la esposa y madre, ascendería a la cantidad de 118.514,16 euros. Ahora bien, conforme a la pérdida de oportunidad valorada por el órgano instructor, que asciende al 20% de dicho importe, la cantidad a indemnizar serían 23.702,83 euros, correspondiendo

al cónyuge el importe de 17.203,66 euros y a cada uno de los hijos la cantidad de 1.911,51 euros, debiéndose incrementar dicha cantidad, en el caso de la hija x, con el importe de 764,608 euros, por lo que le corresponderían a esta última 2.676,11 euros.

Frente a esta propuesta de indemnización del órgano instructor, los reclamantes formulan alegaciones (folios 527 y siguientes), en las que manifiestan su disconformidad con la valoración propuesta, puesto que en su opinión la responsabilidad del fallecimiento de la paciente debe ser fijada en el 100%, porque la muerte no admite estadios intermedios y las imprudencias han sido muy graves, remitiéndose al informe de la Inspección Médica en determinadas consideraciones.

A la propuesta indemnizatoria elevada por el órgano instructor se le realizan las siguientes observaciones:

a) Hay coincidencia con el órgano instructor en que no se puede atribuir todo el daño (el fallecimiento de la paciente) a la Administración sanitaria porque en la lesión vascular pudo influir la fragilidad esquelética de la paciente, debido a la osteoporosis propia de la edad (77 años) y al mal funcionamiento de la prótesis de cadera por su falta de uso, así como por la enfermedad de las partículas debida a la degradación del polietileno (material del que se componía su implante anterior), conforme se expresa en el primer informe de los peritos de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud (folio 289). Según refiere el cirujano que la intervino, no cuestionando esta información los reclamantes, la paciente se encontraba antes de la intervención postrada en la cama y silla, y los dolores la tenían acabada *"tanto es así que hasta tal punto estaba de mal que a sabiendas de la dificultad del proceso, del cual había rechazado una intervención anterior por temor al resultado final, acudió un familiar (hija, trabajadora del Servicio Murciano de Salud) a pedir la intervención lo más rápido que se pudiera (...)"*.

De otra parte, ha de tenerse en cuenta los riesgos asumidos por la paciente de la intervención que le iban a practicar (hemorragia aguda por lesión vascular, luxación de la prótesis, tromboembolismo pulmonar, infección del implantes, etc.), además de sus patologías previas (diabetes, hipertensión edad avanzada, obesidad), que son consideradas como riesgos potenciales en el documento de consentimiento informado suscrito por aquella.

b) No obstante lo anterior, también se advierte en la propuesta elevada que sólo se ha tenido en cuenta en la determinación del porcentaje de pérdida de oportunidad la no suspensión del antiagregante previo a la intervención, y no otros defectos advertidos en la *praxis* por la Inspección Médica examinados en la anterior Consideración (apartado 2), relativos a que no se profundizó en la previsión quirúrgica para minimizar riesgos y no se evitó la puesta de manifiesto de sucesivos efectos adversos durante el ingreso. Es decir, se advierten por dicha Inspección, cuyo informe se ha considerado reiteradamente por este Consejo Jurídico de un especial valor probatorio por efectuar un análisis objetivo e imparcial, otros fallos en la *lex artis*, no sólo el relacionado con el cese de la toma de antiagregante antes de la intervención, que pudieron tener incidencia en el daño alegado. Sin obviar que el propio cirujano interviniente expresa que en el postoperatorio, debido a las consecuencias del shock hemorrágico y del tiempo de las cirugías, se desarrollaron una multitud de complicaciones: infecciones, luxaciones, derrame pleural, úlceras de decúbito (antecedente tercero).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, sería necesario contrastar el porcentaje de pérdida de oportunidad que resultaría de aplicación al presente caso con la Inspección Médica para que valore en conjunto dicha pérdida, en atención a sus conclusiones sobre los defectos advertidos en la *praxis* y a las patologías previas de la paciente.

c) Conforme al artículo 141.3 LPAC, la cuantía de la indemnización ha de calcularse al día en que la lesión efectivamente se produjo (año 2006), sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial, con arreglo al índice de precios al consumo fijados por el Instituto Nacional de Estadística.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución estimatoria, en tanto se acredita la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración regional.

SEGUNDA.- Se dictamina desfavorablemente la cuantía indemnizatoria propuesta por los motivos señalados en la Consideración Quinta.

No obstante, V.E. resolverá.

