



Consejo Jurídico de la Región de Murcia

Dictamen nº 144/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 22 de junio de 2022, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 3 de febrero de 2022 (COMINTER 28581 2022 02 03-00 21) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 7 de febrero de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D.^a Y y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_034), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 29 de abril de 2019, un Letrado, que actúa en representación de los hermanos D.^a Y, D.^a Z, D.^a P, D.^a Q, D.^a R, D. S y D.^a T, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración regional por los daños derivados del fallecimiento de la madre de los reclamantes, que imputan al anormal funcionamiento del servicio público sanitario prestado por el Servicio Murciano de Salud.

Relatan los actores que el 13 de noviembre de 2016 y debido a una caída accidental, su madre, D.^a V sufrió una fractura cerrada de fémur derecho, siendo atendida inicialmente en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA) de Murcia y trasladada al Hospital de Molina de Segura para ser intervenida quirúrgicamente.

Tras su ingreso en el Hospital de Molina, en lugar de proceder a la inmediata reparación quirúrgica de la fractura, se remitió a la paciente a la planta de hospitalización, informando a la familia de que se trataría de corregir -con carácter previo a la intervención quirúrgica- la anemia hemorrágica post-traumática que la paciente presentaba. Durante los días en que la paciente permaneció ingresada en el Hospital, su estado fue empeorando, precisando la transfusión de varias unidades de sangre hasta que el 16 de noviembre de 2016, los facultativos estimaron que la paciente se encontraba estable y procedieron a la práctica de la intervención quirúrgica de la fractura de fémur.

La intervención fue complicada por la existencia de una abundante e incoercible hemorragia en sábana que llevó a los cirujanos a finalizar la operación de forma precipitada y disponer su traslado a la UCI del HUVA. No obstante, cuando llegó el transporte sanitario, la situación de la paciente desaconsejó el traslado, produciéndose su fallecimiento poco después.

Se realizó autopsia que, según los reclamantes, no ofrece una explicación razonable de la causa del fallecimiento, "más allá de un abandono por los servicios médico sanitarios del SMS".

Para los actores, "lo que la autopsia prueba es la existencia de un shock hipovolémico postraumático secundario a una fractura cerrada de fémur, tras tres días de ingreso en un complejo hospitalario, lo que informa de: a) un

incorrecto manejo médico-quirúrgico de la paciente tras su ingreso en el HUVA; b) un incorrecto manejo médico-quirúrgico de la paciente tras su ingreso en el H. de Molina de Segura y en concreto, del manejo de la hemorragia durante el acto operatorio; c) un incorrecto manejo médico-asistencial de la paciente tras la interrupción de la intervención quirúrgica del día 16/11/2016; d) el abandono de la paciente tras salir del quirófano del H. Molina de Segura (el día 16/11/2016) y hasta que llegaron los sanitarios del 061 para proceder a su traslado al HUVA”.

Por todo ello, consideran que la asistencia prestada fue negligente, pues la paciente pudo y debió ser intervenida con anterioridad, atajando la hemorragia, que sin embargo se dejó evolucionar hasta causar el shock hipovolémico que le ocasionó el fallecimiento.

Apunta la reclamación que por los hechos relatados se formuló denuncia que dio origen a las diligencias previas 558/2016, seguidas ante el Juzgado de Instrucción núm. 1 de Molina de Segura, que han finalizado por Auto de 22 de marzo de 2019 que acuerda el sobreseimiento provisional de la causa.

Se solicita una indemnización total para el conjunto de los reclamantes de 178.819,79 euros.

Junto a la reclamación se aporta diversa documentación clínica, auto del Juzgado, informe de autopsia y copia de escritura de poder a pleitos otorgada por los hermanos W en favor del Letrado actuante.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 4 de mayo de 2019, se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a los interesados la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), al tiempo que recaba del Hospital de Molina, de la Dirección Gerencia del Área de Salud I y del 061, una copia de la historia clínica de la paciente y el informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

Asimismo, se comunica la presentación de la reclamación a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud y se solicita del Juzgado de Instrucción núm. 1 de Molina de Segura una copia testimoniada de las diligencias previas.

TERCERO.- En respuesta a la solicitud instructora se remiten los siguientes informes:

- El de la facultativa de la Unidad Médica de Emergencias que atendió la solicitud de traslado interhospitalario de la paciente, que se expresa en los siguientes términos:

“...al llegar la paciente se encontraba en la sala de reanimación del citado hospital de Molina.

Una vez se valoró a la paciente se objetivó una coloración pajiza (pálida), muy hipotensa (52/25 mmHg), una saturación del 73 % (baja, e inaceptable a efectos de calidad ventilatoria) con mascarilla Ventimask y una frecuencia cardíaca de 113 latidos por minuto (taquicárdica, o elevada), todo ello indicando inestabilidad hemodinámica. Agregada a estos datos que se objetivaron, se nos informa que la paciente llevaba desde el domingo (13/06/2016) con una fractura de fémur sangrante que habían tratado con concentrados de hematíes (en la historia recojo que no supieron precisarme la cantidad de concentrados de hematíes que necesitaron transfundirle). Solicitan a la UME 12 tras salir de quirófano, dónde pretendieron colocar una prótesis de cadera que no pudieron realizar por inestabilidad hemodinámica y por sangrado activo, sangrado que objetivamos al pasar a la paciente de la cama del Hospital a nuestra camilla, porque a pesar de estar en situación precaria, intenta mos realizar el traslado interhospitalario que finalmente no fue posible por incremento de la inestabilidad de la paciente. Se intenta, por parte de la UME 12, mejorar la saturación de oxígeno aportándole más flujo, con un reservorio, sin conseguirse, llegándonos a plantear utilizar Ventilación mecánica no invasiva vs invasiva si hubiese precisado durante el traslado.

Si se mira el apartado “otros datos de la exploración” puede leerse en el segundo párrafo, que al intentar proceder al traslado, al cambiar a la paciente de cama a camilla su frecuencia cardíaca desciende a 46 latidos por minuto, es decir, de una taquicardia inicial pasamos a una bradicardia sinusal. En consenso con el médico que había ese

día en la sala del Hospital de Molina y que nos había solicitado (del que desconozco el nombre y especialidad, porque no se me indicó y no está recogido en la historia), se discute la posibilidad de supervivencia de la paciente al traslado hasta el Hospital de Virgen de la Arrixaca y él toma la decisión de administrar a la paciente una atropina con escasa respuesta de su frecuencia cardíaca.

Ante este empeoramiento de la situación basal de la paciente y que se objetivó a nuestra llegada, se consideró desestimado el traslado por mal pronóstico de la paciente, ante esta decisión se pasó nuevamente a cama de hospital y el médico responsable de dicho hospital, administra 5 mg de midazolam en nuestra presencia (como así se recoge en el apartado "medicación y fluidoterapia"), asimismo, nos indica que se encargará de localizar a los familiares para explicarle el empeoramiento de la paciente que impedía realizar el traslado. Tras ello, nosotros damos por anulado el aviso, puesto que no realizamos traslado pensando siempre en el bienestar de la paciente...".

- Informe preliminar de autopsia, elaborado por Médico Forense, que señala como causa inmediata de la muerte una "insuficiencia cardiorrespiratoria aguda. Shock hipovolémico hemorrágico". Y como causa inicial o fundamental la de "hemorragia en intervención de fractura femoral. Hepatopatía. Hipertrofia cardíaca".

- Informe de autopsia, que confirma las causas del fallecimiento establecidas en el informe preliminar.

- Por el Hospital de Molina se remiten sendos informes de Anestesiología y de Traumatología y Cirugía Ortopédica. En el oficio de remisión se indica que la paciente fue intervenida por facultativos del HUVA. Los informes se expresan en los siguientes términos:

*Informe del Dr. B: "Paciente que ingresa para intervención de fractura subtrocanterea de fémur derecho el día 14-11-2016, ante el grado de anemia postraumática se decide transfundir sangre y posponer la intervención.

El día 16 tras haber transfundido 4 bolsas de sangre y a pesar de un hematocrito de 23,5 % (la paciente padecía anemia ferropénica previa) se decide intervención porque la paciente estaba hemodinámicamente estable (TA 120/60 y FC 95 lat.x min), y comenzaba con incipientes alteraciones de la coagulación (Act. Protrombina 77% y plaquetopenia de 85.000 plaquetas) muy posiblemente secundario a las transfusiones y que iría empeorando con futuras transfusiones si no se resolvía la fractura.

Con sangre preparada y 2 vías venosas canalizadas para infusión de líquidos se comienza la intervención realizándose anestesia raquídea con 14 miligramos de Bupivacaina hiperbara al 0,5% y 10 microgramos de fentanest. La intervención es técnicamente muy dificultosa para los traumatólogos necesitando ampliar la incisión inicial a todo el muslo a pesar de lo cual seguía siendo dificultoso, acompañado de una hemorragia en sábana (típico de alteraciones de la coagulación) de todo el campo quirúrgico que no se podía contener. Durante la intervención se la administran abundantes líquidos (2,5 litros de cristaloides, 2 litros de expansores del plasma, 4 bolsas de sangre y una bolsa de plasma fresco congelado) y medicamentos vasoactivos (Efedrina 40 miligramos), a pesar de lo cual la paciente se mantenía hipotensa y con el sangrado en sábana por lo que le comunico al traumatólogo que aunque la intervención no estaba terminada, como la fractura esta ba estabilizada con un clavo intramedular y dada la situación de la paciente se procediera al cierre para tratar de cortar la pérdida de sangre.

Ingresa en Reanimación en respiración espontanea con somnolencia y respuesta a estímulos intensos, T.A. sistólicas de 60-70 mm de HG y F.C. de 110-120 lat. x min. Ante esta situación se decide el traslado a la UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca para su seguimiento. Cuando llega el equipo de traslado la paciente comienza a bradicardizarse sin respuesta a la administración de fármacos inotrópicos produciéndose el exitus a las 14h. 35 min".

* Informe de los Drs. C y E:

Tras señalar que la paciente procede de la puerta de urgencias del HUVA para tratamiento quirúrgico de fractura espiroidea de fémur derecho, se informa como sigue:

“Procedimiento quirúrgico: El 16/11/2016 se intentó, bajo raquianestesia, reducción cerrada de fractura espiroidea larga de fémur derecho sin éxito debido a interposición y tensión de partes blandas. Se realiza reducción abierta e implante de clavo trocánterico (DMQ) de 11 x 130° x 240 no siendo posible la reducción con cerclajes ni la colocación de tornillo cefálico y distal debido al mal estado general intraoperatorio, por lo que se decide la interrupción de la intervención con Anestesia hasta mejoría del estado general.

Evolución: Debido al mal estado general en Reanimación se decide, conjuntamente con Anestesia, la derivación a Hospital Virgen de la Arrixaca, no siendo ésta posible debido al empeoramiento progresivo de la paciente con resultado final de exitus de la misma. Juicio clínico: exitus. Fractura espiroidea de fémur derecho”.

- Otro informe del Dr. C, éste remitido por el HUVA, que se expresa como sigue:

“[la] paciente fue diagnosticada de fractura subtrocanterea de fémur derecho el 13/11/2016, siendo derivada para tratamiento definitivo en hospital concertado, en este caso Hospital de Molina, con la intención de realizar la cirugía en cuanto el estado de salud de la paciente en base a criterios anestésicos lo permitiese. Cabe destacar en los antecedentes de la paciente un accidente cerebrovascular, HTA crónica, diabetes tipo II de larga evolución y un carcinoma de mama intervenido en 2009, siendo una paciente de elevado riesgo quirúrgico sumado a su edad (80 años). Es por ello que, en base a los antecedentes de la paciente con alteraciones hematológicas múltiples (anemia ferropénica, sangrado digestivo, etc.) se decide, por motivos médicos (no quirúrgicos), demorar la intervención. Cuando la paciente presenta un estado aceptable para la intervención, se decide la realización de la misma, dado que estos pacientes deben ser intervenidos cuando su estado general lo permita para evitar una mortalidad aún mayor.

En la intervención, debido a la dificultad para la reducción de la fractura, se decide realizar reducción abierta, consiguiéndose reducción de la misma y estabilización con clavo. Debido al estado general de la paciente y tras haber sido trasfundida en la cirugía, por parte de anestesia, se nos indica al equipo quirúrgico que debemos finalizar la intervención, no realizando por nuestra parte la fijación con tornillos en el clavo femoral, realizando cerrado de la herida.

Posteriormente, la paciente se desestabiliza y fallece.

Como traumatólogo, es sabido y de sobra contrastado por las guías de la especialidad la alta mortalidad perioperatoria de las fracturas de fémur proximal. A esta alta mortalidad se añaden factores extra como en el caso de esta paciente, edad 80 años, antecedentes de problemas hematológicos, antecedente de carcinoma mamario, antecedente de ictus cerebral, hipertensión y diabetes. A pesar del elevado riesgo, está demostrado que estos pacientes deben ser intervenidos cuando su estado general lo permita, aún a sabiendas del elevado riesgo de mortalidad.

No hubo en ningún momento mala praxis por la parte de la que he sido responsable en el tratamiento, realizándose en todo momento lo indicado y habiendo una comunicación continuada con el equipo de anestesia para la realización de la cirugía y para su finalización cuando el anestesista lo indicó por motivos de estado general”.

- Informe de un facultativo especialista del Servicio de Hematología, en el que ratifica que en un informe fechado el 29 de abril de 2015 ya se diagnosticó a la madre de los interesados *“de anemia ferropénica tras analizar los*

resultados de los estudios de anemia que se realizan en los pacientes con sospecha de nuestro centro".

CUARTO.- El 11 de julio de 2019 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros para que se puedan realizar los informes correspondientes.

QUINTO.- Obra en el expediente un informe médico-pericial elaborado el 13 de septiembre de 2019, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, en el que se recogen las siguientes conclusiones generales:

"1.- Dña. V, de 80 años, padecía numerosas patologías importantes, a destacar, una anemia ferropénica de larga evolución (que había precisado en algún momento transfusión sanguínea), sufriendo una caída casual que le provocó una fractura de fémur derecho el día 13/11/2016.

2.- Trasladada desde el H. Virgen de la Arrixaca al H. Molina de Segura, no fue posible intervenirla de urgencia (tampoco era imprescindible) puesto que presentaba unas cifras analíticas que contraindicaban cualquier cirugía. Correcto.

3.- Tres días después, se decidió llevar a cabo la intervención, aunque los valores analíticos seguían bajos, si bien habían mejorado algo. Correcto.

4.- La intervención fue complicada (la fractura también lo era), teniendo que exponer el foco de fractura para poder reducirla, lo que provocó un sangrado abundante en sábana, prácticamente imposible de controlar. La herida se cerró sin haber podido completar la intervención, pero con la fractura suficientemente estabilizada.

5.- El precario estado de la paciente (cardiopatía y hepatopatía) hizo que no pudiera superar la intervención, entrando en bradicardia y coma estuporoso, a pesar de los tratamientos aplicados, falleciendo a las pocas horas".

Asimismo, se contiene la siguiente conclusión final:

"A la vista de la documentación analizada, no se aprecia mala praxis alguna durante el proceso asistencial a esta paciente, habiéndose actuado en todo momento acorde a la lex artis ad hoc".

La paciente presentaba un gran riesgo de complicaciones debido a sus numerosas comorbilidades, lo que, en definitiva, fue la causa del óbito".

El 19 de septiembre de 2019 se envía una copia de este informe a la Inspección Médica.

SEXTO.- El 29 de octubre de 2019 se concede audiencia a los reclamantes y al Hospital de Molina para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes.

El letrado de los interesados presenta el 26 de diciembre un escrito en el que reproduce el contenido de varios de los informes que se han aportado al procedimiento y en el que manifiesta que, en el presente caso, se ha producido una múltiple vulneración de la *lex artis*, que se enlaza causalmente con la producción del resultado: el fallecimiento de una paciente afecta de una fractura de cadera; resultado que era perfectamente previsible y evitable con un adecuado control quirúrgico de la fractura subtruncantérea si se hubiera efectuado una correcta hemostasia.

Considera que resulta incomprensible que la paciente hubiera sido retirada del quirófano sin que se le hubiese

reparado la fractura subtruncantérea y en situación *premortem*, esto es, prácticamente desangrada en el quirófano al no conseguir cohibir la hemorragia.

Asimismo, considera caóticos tanto el manejo "postoperatorio" -si así puede ser calificado- de la paciente como el intento de trasladarla al HUVA.

Por último, anuncia que va a aportar un informe pericial suscrito por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que se encuentra en fase de elaboración.

Se remite copia de este escrito a la Inspección Médica el 20 de enero de 2020.

SÉPTIMO.- Con fecha 24 de febrero de 2020 el abogado de los reclamantes presenta un nuevo escrito en el que manifiesta su opinión de que la copia de la historia clínica de la paciente que se remitió por el Hospital de Molina está incompleta y solicita expresamente que se aporten las de las anotaciones del curso clínico y las de Enfermería, así como las determinaciones analíticas que se efectuaron, entre otros documentos.

OCTAVO.- El 26 de febrero el órgano instructor solicita a la Dirección del Hospital de Molina que remita una nueva copia completa de la documentación clínica referida que incluya los documentos indicados por los actores.

NOVENO.- El 13 de marzo se recibe un nuevo escrito del encargado del Servicio de Atención al Usuario del referido Hospital con el que adjunta una copia de las observaciones de enfermería y de las cuatro analíticas que se le realizaron a la madre de los interesados durante su estancia en ese centro hospitalario. Dicha documentación se remite a los actores.

DÉCIMO.- El abogado interviniente presenta el 21 de julio de 2020 un escrito en el que alega que una vez que ha dispuesto de la historia clínica completa de la paciente se puede comprobar que la asistencia que se le dispensó fue contraria a la *lex artis* y que eso provocó su fallecimiento.

Entiende que debido a la situación en la que se encontraba, nunca debió haber sido derivada a un hospital concertado, sino que debió permanecer en el HUVA, que era el centro hospitalario de referencia. Por esa razón se privó a la paciente de una asistencia acorde con los medios asistenciales de los que dispone el SMS y que hubiesen evitado su fallecimiento.

También añade que en el Hospital de Molina se realizó el 14 de noviembre de 2016 una determinación analítica que informó de una coagulación alteradísima, con un Índice de Quick de un 62%. Resalta que se acordó realizar a la paciente una transfusión pero que en ningún momento se corrigieron los factores alterados de la coagulación. Por ese motivo, cuando se sometió a la paciente a una intervención quirúrgica el siguiente 16 de noviembre eso condujo, inevitablemente, a un sangrado en sábana incoercible que obligó a detener la intervención quirúrgica y que finalizó, inevitablemente, con el fallecimiento de la madre de los reclamantes.

Considera que ese fatal desenlace era claramente previsible y evitable (aunque en el escrito, por error se dice inevitable) mediante la previa y preceptiva corrección de los factores de coagulación alterados, con anterioridad a la realización de la intervención quirúrgica.

UNDÉCIMO.- El 2 de septiembre de 2020 se concede una nueva audiencia a la compañía aseguradora, pero no consta que haya hecho uso del trámite.

DUODÉCIMO.- Con fecha 29 de octubre siguiente se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad extracontractual de la Administración regional y el 4 de noviembre se formula la preceptiva consulta a este Consejo Jurídico.

DECIMOTERCERO.- El 19 de enero de 2021 se evacua dictamen 7/2021, en el que este Órgano Consultivo, tras descartar que el traslado de la paciente desde la puerta de urgencias del HUVA hasta el hospital concertado constituya un supuesto de mala praxis, concluye que es preciso completar la instrucción para despejar las dudas y aparentes contradicciones que aprecia en los diversos informes médicos evacuados en el expediente respecto de la asistencia sanitaria prestada en este último Hospital, por lo que insta a la instrucción a recabar de nuevo el informe de la Inspección Médica, en orden a la aclaración de tres cuestiones fundamentales y determinantes de la resolución, a saber:

a) *“Absoluta necesidad o no de que se realizara la intervención de reducción y estabilización de la fractura de fémur”*, para ello resulta necesario aclarar la situación en la que se encontraba la paciente cuando fue ingresada en el Hospital de Molina, precisar sus posibilidades reales de tratamiento y concretar la necesidad de que tuviera que someterse necesariamente a la operación que más tarde se practicó.

b) Situación en la que podía encontrarse la paciente cuando se decidió realizar la intervención y si fue correcta dicha decisión a pesar de las alteraciones de coagulación que presentaba.

c) Valoración de la asistencia que se pudo haber dispensado a la enferma cuando se encontraba en Reanimación, a la vista de los informes aparentemente contradictorios del anestesista responsable de la intervención, de una parte, y de la UME que acudió para intentar el traslado al HUVA, de otra.

DECIMOCUARTO.- Solicitado el indicado informe inspector por la instrucción, la Inspección Médica lo evacua el 7 de mayo de 2021 y en él se contienen las siguientes consideraciones:

- En relación con la demora en la intervención para intentar resolver la anemia que presentaba al ingreso, la Inspección entiende que *“Doña V tenía 80 años, presentaba anemia previa y la fractura era subtrocantérea por lo que sus niveles de hematíes y hemoglobina eran muy bajos, y fueron descendiendo por lo que lo indicado era remontar los valores mediante trasfusión de sangre antes de intervenir”*.

- Acerca de la *“absoluta necesidad”* de la intervención quirúrgica, se indica que *“en puridad no había absoluta necesidad de intervenir la fractura de cadera de Doña V, ya que no era una urgencia vital, pero sí era lo aconsejable, lo correcto y lo que se realiza siguiendo el normal proceder en beneficio de los pacientes. La no intervención supone mayor discapacidad y dependencia y mayor riesgo de mortalidad”*.

- En relación con la situación de la paciente en el momento de la intervención y si fue correcta la decisión de operar a pesar de las alteraciones de coagulación que presentaba, la Inspección informa que *“La situación previa de la paciente antes de la fractura, era la de una anciana de 80 años con patología asociada, como son la mayoría de los pacientes ancianos que se operan de una fractura de cadera, ya que es muy frecuente que presenten patologías sistémicas inherentes al declive fisiológico del envejecimiento. En el caso de la paciente, y fundamentalmente debido a su anemia previa y al tipo de fractura, presentaba unas cifras muy bajas de la serie roja que precisaron transfusiones antes de la cirugía. La hemoterapia logró remontar esos valores. Cuando llegó al Hospital de Molina la Hemoglobina era de 5,9 y el hematocrito de 16,9 y cuando se intervino el día 16 la Hemoglobina era de 8, 1, el hematocrito de 23, 1, los valores de la coagulación estaban muy discretamente alterados y las plaquetas eran 84.800. La paciente estaba hemodinámicamente estable con una TA 120/60 y una FC de 95 latidos por minuto (...) En una decisión médica siempre hay pros y contras y en este caso el beneficio a obtener con la intervención era superior al riesgo. No había contraindicación quirúrgica. El no hacer nada y no intervenir también conlleva un alto riesgo de mortalidad”*.

- Sobre el alegado abandono de la paciente tras la intervención, mientras se encontraba en Reanimación, la Inspección manifiesta que *“no hay ningún dato objetivo que sustente dicha afirmación. Valorando lo reflejado en la historia clínica por los dos facultativos que estuvieron con la paciente, se observa que los datos clínicos recogidos por ambos, son muy similares y coherentes con la situación clínica y con el previsible empeoramiento de la paciente. El Dr. B, anestesista del H. de Molina, recoge una tensión arterial sistólica de entre 60-70 y una frecuencia cardíaca de 110-120 lpm, frente a los 52 de sistólica y a los 113 lpm que informa la Dra. F facultativa de la UME nº 12, por tanto, la paciente estaba hipotensa y taquicárdica. La Dra. F también recoge que objetiva el sangrado activo de la paciente al trasladarla de la cama a la camilla (por tanto, estaba en una cama) y el empeoramiento progresivo, pese a los intentos de mejorar la oxigenación por su parte y a la administración de fármacos inotrópicos por parte del anestesista, que no logran impedir que la paciente comenzara a bradicardizarse. De común acuerdo se decide no realizar el traslado. No se consiguió estabilizar a la paciente, no se pudo realizar el traslado a una UCI y falleció a consecuencia del shock hipovolémico. El empeoramiento de una paciente que está en una Unidad de Reanimación pendiente de un traslado a una UCI precisamente por su situación de gravedad, no nos puede hacer presumir en ningún caso, que eso suponga abandono”*.

DECIMOQUINTO.- Conferido nuevo trámite de audiencia a los interesados, el 26 de julio de 2021 presentan alegaciones los actores para insistir en las imputaciones de mala praxis ya efectuadas con anterioridad. En particular, insisten ahora en que *“fue inadecuado realizar un traslado de un hospital de primera línea como es el Virgen del Arrixaca, al Hospital de Molina (sin S. de Medicina Intensiva) de una paciente con una fractura inestable*

y relevante patología previa”; el día de la intervención, la paciente presentaba incipientes alteraciones de la coagulación (Protrombina 77% y plaquetopenia de 85.000), por lo que no fue correcto en esta situación intervenir a la paciente en un hospital sin UCI y sin trasfunder de forma previa a la cirugía concentrados de hemáties y plaquetas para que la paciente pudiera hacer frente al sangrado que con toda seguridad se iba a producir; además, consideran que estaba contraindicado intervenir a una paciente con patología previa relevante y con datos analíticos persistentemente alterados en un hospital que no fuera de primera línea, este hecho se objetiva cuando los propios facultativos del Hospital de Molina al ver la grave alteración del estado de la paciente solicitan traslado al Hospital Virgen de la Arrixaca, que finalmente no se produce por el inestable estado de la paciente.

El 30 de agosto de 2021 los actores presentan informe médico pericial en apoyo de sus imputaciones de mala praxis. Las conclusiones de dicho informe coinciden con las indicadas alegaciones.

DECIMOSEXTO.- Solicitado informe complementario a la Inspección Médica, con traslado del informe pericial aportado por los reclamantes, se evacua el 28 de septiembre de 2021. Tras responder a las imputaciones actoras, concluye: “*Se mantiene el anterior informe y pese al resultado, no se objetiva mala praxis en el proceso de atención de la fractura de cadera*”.

DECIMOSÉPTIMO.- Conferido nuevo trámite de audiencia a los interesados, los actores presentan alegaciones para señalar que el informe inspector se basa en las meras apreciaciones subjetivas de la Inspectora, sin base objetiva, que el expediente facilitado está incompleto y que no constan anotaciones médicas durante el preoperatorio. Se insiste en las alegaciones de mala praxis y se ratifican los reclamantes en su pretensión indemnizatoria.

DECIMOCTAVO.- El 2 de febrero de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar la unidad instructora que no ha quedado acreditada la existencia de mala praxis durante la asistencia sanitaria dispensada a la paciente, por lo que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen mediante comunicación interior del pasado 3 de febrero de 2022, complementado días más tarde con documentación recibida en formato digital.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del dictamen, legitimación, plazo y procedimiento.

Cabe dar por reproducidas las consideraciones que en relación con dichos extremos se formulan en el Dictamen 7/2021 de este Consejo Jurídico para evitar innecesarias reiteraciones.

En cuanto al procedimiento, se ha completado la instrucción mediante la incorporación al expediente de dos informes de la Inspección Médica y un informe pericial de parte, que ofrecen ya suficientes elementos de juicio para resolver el procedimiento en cuanto al fondo.

SEGUNDA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario. Caracterización general.

I. 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

32 y siguientes LRJSP 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 de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 razonablemente 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico 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, entre muchos otros, 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 ad hoc" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La "lex artis", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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-Adm inistrativo de 1 de marzo de 1999).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPACAP (10.1 RRP), su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que *"en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes"*.

TERCERA.- Actuaciones anómalas que se imputan a la Administración sanitaria.

Para los reclamantes, la asistencia sanitaria dispensada a su familiar fue contraria a la *lex artis* en diferentes momentos y por diferentes razones. Las imputaciones realizadas por los actores han ido evolucionando a lo largo del procedimiento al albur de las explicaciones y justificaciones que se iban dando tanto por los facultativos actuantes, como por los informes de valoración crítica de la prestación sanitaria dispensada a la enferma.

A juicio de este Consejo Jurídico pueden sintetizarse las imputaciones de mala praxis en las siguientes decisiones asistenciales:

1. Traslado de una paciente de 80 años de edad, con patología previa relevante y fractura inestable, desde un hospital de primera línea como es el Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA) de Murcia, donde la paciente recibe la primera atención urgente tras el accidente que le produce la fractura de fémur, a un centro concertado como el "Hospital de Molina" que carece de Servicio de Medicina Intensiva.

Si bien en el Dictamen 7/2021 ya se indicó que en esta decisión no se advertía una mala praxis, la mayor precisión de las alegaciones actoras y la existencia de una valoración técnica adicional por parte de la Inspección Médica, con las que no se contaba en el momento de evacuar aquel dictamen, aconsejan volver a considerar esta imputación.

A tal efecto, la Inspección Médica apunta que la decisión de trasladar pacientes de un Hospital de primera línea a otro responde a la necesidad de evitar la saturación del primero y constituye una *"medida de gestión habitual y adecuada al total de pacientes"*, singularmente porque el HUVA es el hospital de referencia a nivel regional para determinadas patologías y técnicas. De ahí que, si las patologías que presentan los pacientes pueden ser atendidas en otros centros, como es el caso de las fracturas de cadera, es correcta la decisión de traslado.

En relación con la alegación de que las singularidades de la paciente desaconsejaban ese traslado, dada la patología previa a la fractura que ya presentaba, la Inspección manifiesta que las patologías asociadas al proceso del envejecimiento no exigen necesariamente un centro de primer nivel para su tratamiento y, de hecho, las fracturas de cadera se dan principalmente entre personas mayores, las cuales son tratadas de forma ordinaria en hospitales sin UCI. En cuanto a la situación de la paciente en el momento del traslado, se afirma que *"no presentaba inestabilidad hemodinámica que pudiera precisar de una unidad de cuidados intensivos"*.

De hecho, en el HUVA se realizó una analítica previa al traslado que, si bien mostraba la anemia ya conocida con anterioridad, según la Inspección ofrecía unos *"valores aceptables tanto de las plaquetas como de las pruebas de coagulación"*. Según se desprende del informe pericial aportado por los reclamantes, esta analítica no se tuvo en cuenta para la evacuación del mismo al no encontrarse en el expediente que le fue facilitado. No obstante, sí consta a los folios 43 y 44 de la copia de la historia clínica remitida el 2 de julio de 2019 a la instrucción por la

En consecuencia, la estabilidad hemodinámica de la paciente y la patología que presentaba no demandaban su atención en un centro de primer nivel y en atención a su situación clínica en el momento de la toma de decisión el traslado, ésta no fue contraria a normopraxis.

2. No se intervino inmediatamente para corregir la fractura, sino que la operación se demoró durante tres días y, para cuando se llevó a efecto, el 16 de noviembre de 2016, estaba contraindicada la cirugía dada la inestabilidad que presentaba la paciente, con incipientes alteraciones de la coagulación (protrombina al 77% y plaquetopenia de 85.000), sin antes haberle transfundido concentrados de hemáties y plaquetas, para afrontar con mayores posibilidades de éxito la hemorragia que era previsible que se produjera durante la intervención.

Según señala la Inspección Médica, ya en el Hospital de Molina se le realiza una primera analítica que muestra cómo la hemoglobina era de 5,9 y el hematocrito de 16,9. Estos valores habían de ser remontados antes de intervenir a la paciente. De ahí que, de forma correcta se optara por demorar la intervención y realizar hemoterapia previa con el objetivo de elevar esos valores. En consecuencia, fue correcto no intervenir de forma inmediata e intentar elevar los niveles de la serie roja.

Coincide en esta valoración el perito de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud. Afirma que *“a la situación previa de anemia ferropénica que la paciente padecía, con unos valores en sangre muy por debajo de la normalidad, se sumó el abundante sangrado de la fractura (con semejante trazo de fractura y superficie expuesta, puede sangrar entre 500 y 1000 cc). Véanse las cifras analíticas (en rojo) que mostraba la paciente a su ingreso en V. de la Arrixaca, arriba mostradas. Todos esos valores son una contraindicación formal para cualquier cirugía, más aún si se trata de una cirugía importante y previsiblemente sangrante, como es la reducción y estabilización de una fractura de fémur. Haber intervenido a la paciente en esas condiciones hubiera acarreado, muy probablemente, su fallecimiento en la mesa de operaciones. Por tanto, con perfecto criterio, puesto que en ningún momento se trataba de una intervención urgente, se decidió remontar mediante transfusiones las preocupantes cifras analíticas”*.

El día de la intervención y tras la hemoterapia recibida presentaba una hemoglobina de 8,1 y el hematocrito de 23,1. Afirma la Inspección Médica que *“los valores de la coagulación estaban muy discretamente alterados y las plaquetas eran 84.800. La paciente estaba hemodinámicamente estable con una TA 120/60 y una FC de 95 latidos por minuto (...) En una decisión médica siempre hay pros y contras y en este caso el beneficio a obtener con la intervención era superior al riesgo. No había contraindicación quirúrgica. El no hacer nada y no intervenir también conlleva un alto riesgo de mortalidad”*.

Frente a la alegación actora de que procedía reponer los factores de coagulación y las plaquetas con carácter previo a la intervención, señala la Inspección Médica que tales elementos *“sólo se repondrán en caso de hemorragia masiva, definida como la pérdida superior a una volemia en 24 horas, lo que no sucedía en este caso. Los datos analíticos previos a la cirugía no eran unos datos óptimos, pero sí permitían que se interviniera a la paciente”*.

Para el perito de la aseguradora, *“la paciente, entre sus múltiples patologías, también padecía una esteatosis hepática, situación que también influía negativamente en la capacidad de coagulación. La única manera de mejorar las cifras de hemáties, hemoglobina, hematocrito y plaquetas es mediante transfusiones de sangre, y es lo que se hizo. Ahora bien, dadas las condiciones previas de la paciente, las alteraciones de la coagulación persistían, por lo que no quedaba otra alternativa que arriesgarse con la intervención, a sabiendas del alto riesgo. En el supuesto de haber demorado más la cirugía, muy probablemente se habría producido el óbito”*.

3. No se realizó un adecuado manejo quirúrgico ni postquirúrgico de la paciente.

En relación con las vicisitudes de la intervención, si bien inicialmente se alega por los interesados que no fue correcto finalizarla sin resolver la fractura que estaba en el origen de la misma y que tras la operación se produjo un abandono asistencial de la paciente, lo cierto es que tales imputaciones no son amparadas por el informe pericial de los actores y, finalmente, no son reiteradas en los últimos escritos de alegaciones.

En cualquier caso, respecto de la asistencia intraoperatoria, coinciden el perito de la aseguradora del SMS y la Inspección Médica en que no se aprecia actuación alguna contraria a normopraxis, siendo la tórpida evolución del

estado de la paciente y su rápido deterioro lo que motiva la finalización urgente y precipitada de la operación, que concluye sin estabilizar de forma adecuada la fractura, en un intento de remontar la situación.

Así, señala el informe de la aseguradora del SMS que *“Una vez decidida la cirugía, tan solo tres días después de la fractura, se llevó a cabo con todas las medidas posibles de seguridad y con todos los medios disponibles preparados (sangre fresca, expansores de plasma, plasma fresco congelado, etc.) Se intentó una reducción cerrada para, a continuación, insertar el clavo a través de una pequeña incisión en la parte alta del fémur con el fin de que la agresión quirúrgica fuera mínima, pero, desgraciadamente, y debido a las características de la fractura, no fue posible, por lo que hubo que ampliar la incisión a lo largo de la cara externa del muslo y así poder manipular y reducir la amplia fractura. La herida sangró de forma difusa (lo que los cirujanos llamamos sangrado en sábana) que es el sangrado típico cuando existen problemas de coagulación, siendo prácticamente imposible de controlar. El equipo de anestesia, conocedor del gran riesgo, estuvo en todo momento monitorizando y aportando los líquidos y medicamentos precisos, llegando un momento en que, a la vista de que las constantes se iban deteriorando, apremiaron a los cirujanos para terminar la intervención, aunque ésta no estaba completada. Así se hizo”.*

Tras la operación la paciente pasa a Reanimación con una presión arterial de 60/70 sistólica, con 110-120 ppm, con respiración espontánea y respuesta a estímulos intensos, *“es decir, unas constantes aceptables para la situación, indudablemente delicada”* según el perito de la aseguradora. La historia clínica y los informes tanto del anestesista del Hospital de Molina como de la facultativa de la UME que había de realizar el traslado de la paciente al HUVA muestran los esfuerzos que se hicieron por estabilizar a la enferma, que presentaba hipotensión y taquicardia, mediante la aplicación de oxígeno y fármacos inotrópicos, que no consiguieron remontar la situación, comenzando la paciente a bradicardizarse, desaconsejando el traslado.

Como se advierte con facilidad, la paciente no fue abandonada tras la intervención, como se alegaba por sus familiares, sino que se pusieron a su disposición los medios con los que contaba el Hospital de Molina, recibiendo atención facultativa en todo momento.

Ya se ha dicho *supra* que los interesados obvian esta imputación de abandono asistencial en sus últimos escritos de alegaciones, si bien insisten ahora, con el soporte del informe pericial que acompañan, en que la situación basal tan delicada de la paciente desaconsejaba haber practicado la intervención, que se anunciaba complicada, en un centro hospitalario sin Servicio de Medicina Intensiva que atendiera a la paciente hasta su completa estabilización.

Sin embargo, frente a dicha imputación ha de señalarse que no se detiene la perito de los reclamantes en detallar cuál o cuáles medios propios de una UCI no estuvieron a disposición de la paciente o no fueron utilizados y en qué medida esta carencia de medios en la Unidad de Reanimación del Hospital de Molina, -donde la reclamante estuvo atendida por un anestesista, recibió soporte respiratorio y se le administraron drogas inotrópicas- recibiendo un tratamiento que no se ha considerado contrario a normopraxis, incidió en el desgraciado fallecimiento de la enferma (véase para un supuesto que guarda ciertas semejanzas con el que es objeto de la consulta, la STSJ Murcia núm. 547/2016, de 8 de julio). Es decir, ha de atenderse de forma primordial a las necesidades asistenciales de la paciente y en qué medida las aplicadas fueron insuficientes por ausencia de medios y no, de forma abstracta, al recurso físico donde está ingresada.

Por ello, no es suficiente alegar de forma genérica, como hacen los reclamantes, que la situación de la paciente precisaba contar con una UCI para su postoperatorio. Tampoco basta con señalar que los propios facultativos del Hospital de Molina consideraron necesaria la estancia en UCI de la paciente, dado que solicitaron su traslado, pues ello pudo deberse a un criterio de prudencia ante la delicada situación en la que se encontraba la paciente tras la cirugía, pero que resulta insuficiente para considerar que la intervención no debió programarse y llevarse a efecto en el referido Hospital.

Ante esta falta de concreción en la imputación, no puede considerarse acreditado que la ausencia de un Servicio de Medicina Intensiva en el Hospital de Molina fuera la causa de la muerte de la paciente, sino la grave patología de la enferma y su rápida y desfavorable evolución.

Procede, en consecuencia, desestimar la reclamación toda vez que no se ha demostrado que la asistencia sanitaria dispensada a la paciente haya sido la causa de su fallecimiento, el cual, antes al contrario, ha de entenderse como consecuencia de la situación basal que presentaba y las complicaciones que surgieron durante

su tratamiento.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, en la medida en que no aprecia la concurrencia de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre la asistencia sanitaria dispensada a la paciente y su desgraciado fallecimiento.

No obstante, V.E. resolverá.

