

Expediente: 41/2022

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

Dictamen: 5/2022, de 21 de febrero

DICTAMEN

En Pamplona, a 21 de febrero de 2022,

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

siendo ponente doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 21 de diciembre de 2021 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por doña..., don... y doña..., don... y don..., por los daños producidos por el fallecimiento de don...

A la petición se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-O), desestimatoria de la reclamación.

I.2ª. Antecedentes de hecho

I. 2ª. 1. Reclamación de responsabilidad patrimonial

Primero.- Doña..., don..., doña..., don... y don..., mediante escrito, con registro de entrada del 17 de noviembre de 2020, presentaron ante el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra una reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia médico-sanitaria, dispensada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a don..., que entienden motivó su fallecimiento.

Los hechos en los que se basa la reclamación se concretan en los siguientes aspectos:

1.- Don... fue intervenido en el año 1994 por prótesis total de cadera izquierda. En septiembre de 2019 sufrió un aflojamiento del cotilo, procediéndose a su recambio mediante implantación de nuevo cotilo, del que se le dio de alta el 24 de septiembre de 2019 con la indicación de mantener tratamiento de anticoagulantes con apixiban durante 30 días.

2.- El 9 de noviembre de 2019, se le asiste en el Servicio de Urgencias del ... por presentar una luxación la prótesis de cadera que le había sido implantada; la complicación se trató con reducción cerrada en quirófano con anestesia, con ingreso de 3 días, siendo dado de alta el 12 de noviembre de 2019, con la única indicación de marcha en carga parcial evitando flexión de cadera mayor de 90 grados.

3.- El 30 de noviembre de 2019 presentó un cuadro agudo de disnea de reposo de inicio brusco con parada cardiorrespiratoria, del que fue asistido por los servicios extrahospitalarios, y tras 45 minutos de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RPC), se produjo el fallecimiento por cuadro compatible con un tromboembolismo pulmonar.

En la reclamación se alude al informe emitido por el doctor..., en el que se indica que el paciente presentaba numerosos riesgos, por su edad, hiperlipemia, los periodos de inmovilización mayor de 48 horas en el último mes y, además, dos ingresos hospitalarios en los 3 meses anteriores y la IQ

menor. Entiende que estos factores debían haber sido clasificados como de riesgo alto para la salud del paciente y que la pauta de actuación, tras la actuación médica del 9 de noviembre de 2019, tenía que haber incluido la movilización precoz y administración de heparina de bajo peso molecular (HBPM). Se señala que la aplicación de HBPM forma parte del protocolo en estos casos y su suministro podría haber evitado la formación de los trombos, y, por consiguiente, la producción del tromboembolismo pulmonar masivo con resultado de muerte.

Se afirma que es claro el nexo causal entre la falta de medidas y de indicaciones preceptivas con el diagnóstico final de la muerte de don.... Y se abunda que los protocolos en los casos de riesgo alto “indican la administración profiláctica y preceptiva de HBPM a dosis adecuadas lo que reduce la incidencia de ETV hasta en un 50%”.

A continuación, se concretan las peticiones indemnizatorias con referencia a los perjuicios sufridos -daño emergente, gastos y lucro cesante- para doña..., esposa del difunto, en 175.155,85 euros; don... (hijo) en 103.338,21 euros; doña... 15.936,48 euros; don... (hermano) en 15.936,48 euros; y don... (hermano) en 15.936,48 euros. Con un monto total de 326.303,50 euros.

Como fundamentos jurídicos, tras detallar la jurisdicción competente, las normas de pretensión, los requisitos que han de concurrir para que sea estimada la responsabilidad patrimonial de la administración, e incidiendo en la efectividad del daño, su evaluación y su relación de causalidad, con cita de diversa jurisprudencia que acota el contenido de esos, entiende que media la responsabilidad del Servicio Navarro de Salud por la negligencia de no haber indicado la administración profiláctica y preceptiva de HBPM a dosis adecuadas a don... para evitar un tromboembolismo pulmonar y no considerarle un paciente de riesgo alto. Se abunda en estos aspectos con apoyo en el informe del doctor... y se afirma la existencia de la relación de causalidad, apoyándose en la jurisprudencia sobre la valoración por probabilidad cualificada y similitudes con los supuestos resueltos en la SAP

de Barcelona de 20 de marzo de 2015 y Sentencia del Juzgado de Primera Instancia 53 de Barcelona de 21 de noviembre de 2011.

La reclamación finaliza con la solicitud de la cuantía indemnizatoria indicada, apuntándose que ésta se solicita sin perjuicio de la liquidación definitiva de los intereses del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro, o su actualización, indicándose por otro sí varias direcciones para notificaciones y petición de entrega del expediente administrativo completo.

Segundo.- A la reclamación se acompaña el dictamen pericial del doctor..., de fecha 21 de agosto de 2020, solicitado por doña..., sobre las causas que condujeron al fallecimiento de don... “tras la realización de una intervención quirúrgica ortopédica debido a complicaciones derivadas de la misma”. Entre sus consideraciones médico legales sobre el caso caben destacar las siguientes.

Consideración primera, tipo de proceso y causa de la muerte, se afirma que: “a) La causa de la muerte es tromboembolismo pulmonar masivo. b) La magnitud de la intervención realizada debe catalogarse como una CIRUGÍA MENOR en un paciente de 54 años de edad”.

Consideración segunda, los factores de riesgo presentes en el proceso y medidas preventivas protocolizadas, se indica que:

«Teniendo en cuenta que la intervención quirúrgica (IQ) a la que se sometió al paciente el 09/11/2016 puede ser considerada como una cirugía menor (IQ menor), y que el paciente tenía 54 años en el momento de la intervención, además de antecedentes de hiperlipemia por la que se encontraba en tratamiento y además procedía de una inmovilización superior a 48 hs en el último mes y 2 ingresos hospitalarios en los últimos 3 meses se puede considerar que el grado de riesgo era alto o muy alto, según el protocolo del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander (gráfico 2 - anexo 4).

En tal caso o aun habiéndose considerado el riesgo como moderado, los protocolos habituales determinan que las medidas terapéuticas que se deben adoptar incluyen, en ambos casos, la indicación de deambulación precoz y la administración de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) a la dosis adecuada en cada caso. En el gráfico 3 (anexo 5), se reproducen las pautas de actuación tanto en caso de riesgo alto como

moderado y en ambos procede la indicación de las 2 medidas reseñadas».

Consideración tercera, el cumplimiento de las medidas a adoptar, se refiere:

«a) No hay constancia documental de la indicación preceptiva de agentes anticoagulantes, concretamente heparinas de bajo peso molecular (HBPM) tal como establecen los protocolos médicos.

b) La indicación de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) podría haber evitado la formación de trombos venosos en la extremidad intervenida y por consiguiente su desprendimiento con producción de un tromboembolismo pulmonar masivo con resultado de muerte».

Consideración cuarta, atinente al nexo causal entre las medidas preventivas y el diagnóstico de la muerte, se señala que:

«Los antecedentes del paciente referidos en el párrafo anterior en cuanto a edad, inmobilizaciones e ingresos hospitalarios colocaban al paciente dentro del grupo de riesgo alto en cuanto a padecer una trombosis venosa profunda en la extremidad inferior izquierda y, por lo tanto, respetando los protocolos establecidos según "lex artis ad hoc", debía haberse indicado anticoagulación preventiva con HBPM de forma obligatoria en el momento del alta del 12/11/2019.

Se conoce que la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en cirugía ortopédica sin profilaxis anticoagulante alcanza entre el 40% y el 80% de los casos y que la prevención con HBPM reduce el riesgo entre un 50-75% por lo que esta indicación ha sido incluida de forma preceptiva en todos los protocolos de profilaxis de este proceso.

Lo mismo ocurre con los procesos de menor calado como puede ser la luxación de la prótesis de cadera de este paciente en los que los estudios realizados muestran que la incidencia está entre un 20% y un 40% pero la reducción del riesgo con HBPM sigue siendo de entre un 50-75%, lo que indica la importancia de tal indicación acompañada de la movilización precoz tal como expresan los protocolos habitualmente respetados.»

El informe recoge las siguientes conclusiones:

«1. La descripción clínica de las circunstancias de la muerte del paciente corresponden a un tromboembolismo pulmonar masivo secundario a una enfermedad tromboembólica venosa (ETV).

2. La ETV es una complicación habitual de hasta un 80% en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos cuando se presentan alguno de los factores

de riesgo que predisponen a la enfermedad como edad mayor de 40 años, enfermedades previas, inmovilización, ingresos hospitalarios recientes y fundamentalmente intervenciones ortopédicas en extremidades inferiores y abdómino-pélvicas por lo que es de obligado cumplimiento los protocolos de profilaxis de estos procesos mediante la indicación de sustancias anticoagulantes como heparinas de bajo peso molecular (HBPM) que reducen el riesgo hasta en un 50%.

3. El proceso peritado corresponde a una intervención ortopédica menor en extremidad inferior izquierda por una luxación de prótesis de cadera en un paciente con factores de riesgo derivados de su edad, su hiperlipemia, inmovilización mayor de 48 hs. en los últimos 20 días y 2 ingresos hospitalarios en los últimos 2 meses por lo que su nivel de riesgo, según los protocolos habituales, era de grado ALTO correspondiéndole la indicación de HBPM a dosis terapéuticas en el momento del alta del 12/11/2019.

4. La inobservancia de esta indicación supone exponer al paciente a un elevado porcentaje de riesgo que dobla la posibilidad de sufrir una complicación como la descrita y por lo tanto duplica la posibilidad de muerte.

5. No existe constancia documental de que al momento del alta del 12/11/2019 se haya indicado la administración profiláctica de HBPM por lo que puede inferirse que tal actuación haya podido facilitar el desarrollo de una enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en la extremidad intervenida con posterior complicación con un tromboembolismo pulmonar masivo como causa de la muerte».

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

Por Resolución 34/2020, de 17 de junio, de la Jefa del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, asignándole el número de expediente 24051/2020; 2º) nombrar instructora del procedimiento; 3º) informar a los reclamantes de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de la historia clínica de don...; 4º) informar a los interesados del plazo máximo para resolver y de la notificación de la resolución del procedimiento, seis meses a contar desde el 17 de noviembre de 2020, entendiéndose desestimada la solicitud si no hubiera recaído resolución expresa o se hubiera formalizado un acuerdo indemnizatorio; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y de su notificación a los interesados.

A) Informe del Jefe de Servicio de Urgencias Generales del ... (...)

Iniciada la instrucción, la instructora del procedimiento solicitó informe al Jefe de Servicio de Urgencias Generales del ... en relación con los hechos alegados en la reclamación, que fue emitido con fecha 25 de enero de 2020. En el citado informe se dice expresamente que:

«Me referiré a las actuaciones producidas en el propio servicio de urgencias del ..., sin valorar las actuaciones previas de otros ámbitos y servicios.

Consta

La atención producida en urgencias del ... el pasado día 9 de noviembre de 2019 por luxación de prótesis de cadera, la cual se ha recambiado el 24 de septiembre del 2019.

La actuación del Servicio de Urgencias es la habitual en estos casos, llegando a un diagnóstico y pasando el enfermo al Servicio de Traumatología, quedando desde ese momento a su cargo.

Consta que el Servicio de Traumatología le redujo la luxación en quirófano bajo anestesia general. Fue dado de alta el día 12 de noviembre de 2019. La circunstancia del alta con las indicaciones de inmovilidad y terapéutica farmacológica, depende del propio servicio responsable.

Conclusión

La actuación de los profesionales del servicio de urgencias puede considerarse correcta, sujeta a Lex Artis».

B) Informe del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

A solicitud de la instructora del procedimiento, se emitió informe por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de fecha 7 de marzo de 2021, en el que se indica respecto de los hechos sucedidos:

«El paciente era portador de prótesis de cadera (PTC) bilateral, la derecha fue colocada el 03 de julio de 2014, sin incidencias; y la izquierda había sido colocada en 1994.

Debido a un aflojamiento aséptico del cotilo, el día 16 de septiembre de 2019 se procedió a recambio del mismo en ...colocando un cotilo cementado sobre injerto compactado según la técnica de Sloof. La evolución postoperatoria fue correcta y el paciente fue dado de alta el 24 de septiembre de 2019 indicándose deambulación con muletas en carga parcial; no hacer flexión forzada de cadera (como sentarse en asientos

bajos, cortarse las uñas de los pies, ponerse medias o calcetines forzando la flexión de cadera); se indicaba que el paciente podía dormir sobre el lado operado; se recomendó analgesia habitual en caso de dolor; y se prescribió profilaxis antitrombótica durante 30 días, según pauta indicada por medicina interna.

El paciente fue citado para revisión en consulta de cadera el 23 de octubre de 2019. El paciente estaba sin dolor; presentaba cicatriz bien epitelizada y sin complicaciones; usaba dos muletas para la deambulacion, como se había indicado al alta. Radiológicamente se apreciaba PTC bilateral correctas; la izquierda con injerto estable. Se indicó la retirada progresiva de muletas según pauta indicada en consulta (es decir, podía retomar la deambulacion con carga completa) a partir de la semana siguiente. Y se programó para revisión en consulta a los dos meses y hacer control radiológico en carga en la próxima visita.

El día 09 de noviembre de 2019 el paciente acudió a urgencias del ... (...) con el diagnóstico de luxación de prótesis de cadera izquierda. Presentaba dolor e impotencia funcional que se produjo estando en bipedestacion, según refirió, sin traumatismo previo. Al paciente se le administró analgesia endovenosa en la urgencia e ingresó en planta del servicio de Traumatología para el procedimiento terapéutico.

El mismo día del ingreso, con anestesia general, se procedió a reduccion cerrada de la luxación mediante traccion, sin dificultad, y se comprobó con escopia la estabilidad de la reduccion, así como del componente acetabular.

En planta el paciente tenía buen control del dolor. El lunes 11 de noviembre de 2019 se solicitó una ortesis tipo Brace y el paciente fue dado de alta el 12 de noviembre de 2019 con la ortesis colocada, indicando el uso de la misma; marcha en carga parcial hasta nueva indicacion; debía evitar la flexión de cadera de más de 90° (evitar asientos bajos, no calzarse ni ponerse calcetines él mismo...); analgesia habitual si dolor. Y se le dio cita para revisión con fecha 27 de noviembre de 2019. Esta cita fue cancelada por coincidir con la convocatoria de huelga propuesta por el sindicato médico de navarra para la semana del 25 al 29 de noviembre de 2019 y quedó pendiente de citar en diciembre».

En cuanto a las afirmaciones referidas en la reclamacion, se señala lo siguiente:

«1.- Después de una búsqueda bibliográfica profunda no se ha encontrado nada en la literatura acerca del caso concreto de una luxación de prótesis de cadera e indicacion de tromboprofilaxis

2.- La movilidad limitada es la clave en este caso para la indicacion de profilaxis antitrombótica. Al respecto existen datos que podrían apoyar el no indicar la profilaxis, por ejemplo, en este estudio "The effect of partial

and full weight-bearing on venous return in the lower limb" consideran que la velocidad del flujo venoso en carga completa y parcial es muy similar.

3.- Por otro lado, el tiempo de inmovilización también está en el límite de considerarlo un factor de riesgo asociado para la trombosis venosa, según la escala de riesgo trombotico que se utilice. Adjunto otro artículo en el que detallan diferentes escalas de riesgo, como la de Padua en la que consideran la movilidad reducida como un mínimo de 72h con movilidad sólo al baño; la escala IMPROVE valora el riesgo en inmovilización mayor o igual a 7 días. "La profilaxis de la ETV en los pacientes con enfermedad médica".

4.- En el artículo anterior hablan también de la Guía de Prevención de la ETV en el paciente médico (PRETEMED) elaborada por las sociedades andaluzas de MI y la de MFyC en 2007. Se adjunta el archivo; en la página 41 está la tabla en la que ponderan el riesgo y valoran el encamamiento superior a 4 días en mayores de 50a. En la página 49 está la tabla en la que aparecen los factores de riesgo asociados (ninguno de ellos lo cumple este paciente). En la página 82 se hace la recomendación de profilaxis en traumatismo de miembro inferior: "Se sugiere realizar profilaxis con HBMP en pacientes con traumatismo del miembro inferior sin fractura en función de la presencia de otros factores de riesgo". Además, comentar que en la documentación que aporta la familia se habla de hiperlipidemia como factor de riesgo asociado, en esta guía se considera sólo la hiperlipoproteinemia A como factor de riesgo bajo y concluyen que las evidencias disponibles no permiten establecer recomendaciones específicas de profilaxis en pacientes con hiperlipidemia (pág 88).

5.- Por otro lado, la familia considera que se trata de una cirugía menor, mientras que, en el Nomenclátor según la OMC, la reducción cerrada de una luxación se considera un procedimiento terapéutico con anestesia.

6.- Adjunto también los factores de riesgo asociados para TE en pacientes quirúrgicos (formato ppt) según las guías de la asociación americana de cirugía torácica que incluyen edad avanzada, cáncer, TEV previo, obesidad, fallo cardíaco, parálisis o estado de hipercoagulabilidad (como déficit de proteína C o factor V de Leiden)

8.- Existe también un artículo que habla de la variabilidad que existe para definir la *inmovilidad* en los ensayos clínicos de tromboprofilaxis, este no lo adjunto pq no creo que aporte mucho, pero sí da idea de la dificultad para extrapolar datos de los estudios en caso de dicha inmovilidad».

C) Informe Médico Pericial emitido por la asesoría médica de

Consta en el expediente el informe pericial emitido por... (en adelante, ...).

En el informe, de fecha 13 de abril de 2021, suscrito por un especialista en cirugía ortopédica y traumatología, ex Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Madrid-Montepríncipe y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo CEU de Madrid, tras delimitar el objeto de la pericia y las fuentes del informe, realiza un resumen de los hechos. Estos se concretan en los siguientes:

“Paciente operado en el año 1994 de una prótesis total de cadera izquierda y en 2014 de la derecha, ambas por coxartrosis.

En 2019 se diagnostica un aflojamiento aséptico de la cadera izquierda, motivo por el cual el 16-9-2019 es intervenido quirúrgicamente para realizar un recambio de la prótesis.

El paciente según consta en la historia clínica tenía los siguientes antecedentes médicos:

- Hiperlipemia
- Hernia de hiato con esofagitis leve asociada
- Duodenitis erosiva H Pylori erradicado en 2006
- Diabetes tipo II en tratamiento con insulina y ADO

En el informe de alta consta que el paciente además de su medicación habitual debe seguir la siguiente pauta de medicación:

Fármacos:

- *Prescripciones nuevas*
- *Eliquis 2,5 mg 60 comprimidos recubiertos con pelíc. 1 comprimido cada 12 horas oral durante 30 días.*

Continuará tomando su medicación habitual

El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones con controles radiológicos correctos. Fue dado de alta y seguido en consultas externas y el 23-10-2019 en consulta se recomendó la retirada progresiva de las muletas y se le citó a revisión dos meses después.

El día 9-11-2019 acude de urgencia porque tiene sensación de que la prótesis izquierda (la recambiada) se luxa. Tenía dolor e impotencia funcional en la cadera izquierda. Fue diagnosticado de luxación de la prótesis de cadera izquierda.

*El mismo día 9-11-2019 se procedió a la **reducción cerrada** de la luxación bajo anestesia general. Se consiguió la reducción y se comprobó la estabilidad. Se dio de alta con las indicaciones habituales de utilización de un Brace carga parcial y evitar flexión de más de 90° de la cadera. Permaneció ingresado 3 días.*

En el informe de alta se hace constar que además de su medicación habitual debe añadir analgesia según dolor:

Tratamiento Régimen de vida

- Brace.
- Marcha en CARGA PARCIAL hasta nueva indicación.
- Evitar flexión de la cadera más de 90° (evitar asientos bajos no calzarse ni ponerse los calcetines él mismo.
- Analgesia si dolor.

El día 30-11-2019 el paciente sufre un cuadro de disnea brusca seguida de parada cardíaca. Fue atendido por los servicios de urgencia extrahospitalaria que a pesar de las maniobras de reanimación determinan su fallecimiento.”

En la pericial se realizan diversas consideraciones de carácter general sobre la profilaxis de la enfermedad tromboembólica, describiendo en qué consiste ésta, destacándose que la profilaxis, independientemente del tipo de intervención, está condicionada por los factores de riesgo, y cada paciente es diferente, así como que el tratamiento profiláctico de la ETV tiene efectos secundarios, por lo que hay que considerar todos los posibles factores de riesgo. Se enumeran los factores de riesgos generales y específicos que inciden en la ETV, así como la patogenia de los factores de riesgo traumatológicos.

En cuanto al análisis pericial de caso se ponen de manifiesto los siguientes aspectos:

«Primero.- (...) No se hizo la autopsia y...no se puede confirmar de modo fehaciente que la causa de la muerte fuera por un embolismo pulmonar masivo ya que, en el certificado de defunción, este diagnóstico figura como “POSIBLE”... De todos es conocido que los síntomas de insuficiencia respiratoria aguda no son exclusivos de tromboembolismo pulmonar.

Segundo.- Cabría especular sobre si el hipotético embolismo fuera consecuencia de la reducción de la luxación de la cadera, porque no se describe ni previos al fallecimiento, ni cuando el paciente es atendido por los

servicios de urgenciaextrahospitalaria, la presencia de signos de tromboflebitis en los miembros inferiores,(Inflamación de la pierna, dolor en gemelos, etc.). Habitualmente, previo al embolismo se produce el proceso de formación del trombo en las venas del miembroinferior que tiene habitualmente síntomas consistentes en inflamación de la pierna, dolor, edema, etc. En este caso no se describe ni que el paciente hubiera consultado presentar alguna sintomatología de este tipo.

Tercero.- Admitiendo que el hipotético embolismo pulmonar hubiera ocurrido, tendríamos que analizar si Don... cumplía los criterios de factores de riesgo suficientes para prescribir un tratamiento con HBPM o cualquier otro medicamento anticoagulante.

Es verdad que se trataba de un paciente de más de 40 años (54), pero éste es el único factor de riesgo de la tabla de factores de riesgo generales que cumplía ya que ni la hiperlipemia, ni la diabetes, constan en ningún protocolo como factores de riesgo.

En cuanto a los factores de riesgo específicos el paciente estuvo inmovilizado menos de tres días, no padecía de Fracturas de pelvis, cadera o extremidades inferiores y lo que es más importante NO HABIA SIDO SOMETIDO A NINGUN ACTO QUIRURGICO, NI MAYOR NI MENOR ya que la reducción de la luxación con anestesia general no es considerada en ningún protocolo como un acto quirúrgico. El Nomenclator según la OMC, la reducción cerrada de una luxación se considera un procedimiento terapéutico con anestesia.

La reducción cerrada significa que no hubo apertura quirúrgica de la cadera, no hubo herida y por tanto el daño tisular no existe.

Si consideramos los Factores de riesgo traumatológicos a los que hacíamos referencia anteriormente, este paciente:

No fue sometido a una intervención quirúrgica

No sufrió ningún traumatismo

No tuvo ninguna fractura en miembros inferiores

No sufrió ninguna inmovilización prolongada

En consecuencia, tenemos que concluir que Don... no cumplía con los requisitos estipulados en los protocolos de profilaxis antitromboembólica para ser tratado con HBPM ya que la edad de 54 años considerada aisladamente no justifica el empleo de estos fármacos no exentos de tener efectos secundarios.

En el anterior procedimiento de recambio de la prótesis de cadera sí se produjo una intervención de cadera, además de alta complejidad, que sí justificaba el empleo de fármacos para la profilaxis de trombos y se hizo correctamente durante un mes que es el plazo indicado.

No existe bibliografía que avale la necesidad de utilizar una profilaxis antitromboembólica en los casos de REDUCCIÓN CERRADA DE UNA LUXACIÓN DE PROTESIS DE CADERA».

Las conclusiones generales del informe de ... son:

“No se puede determinar como cierta, que la causa de la muerte fuera un tromboembolismo pulmonar.

El paciente no había tenido sintomatología previa de afectación trombótica en miembros inferiores.

El paciente no fue sometido a ninguna intervención quirúrgica, se trataba de un procedimiento terapéutico NO CIRUGIA.

El paciente no cumplía con ninguno de los factores de riesgo ni generales ni específicos a tener en consideración en Cirugía Ortopédica y Traumatología”.

El informe concluye afirmando que “la asistencia prestada a Don... en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del ... en relación al tratamiento de una luxación de prótesis de cadera, fue acorde a la Lex Artis”.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de fecha 14 de mayo de 2020, la instructora del procedimiento dio trámite de audiencia a la parte interesada por un periodo de diez días hábiles para la formulación de nuevas alegaciones, presentación de otros documentos y las justificaciones que se estimarán pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de la Historia Clínica de don..., y los informes médicos emitidos por el Jefe del Servicio de Urgencias del ..., por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del ... y el informe médico emitido por

Por escrito presentado el 4 de junio de 2021, los reclamantes formularon las alegaciones siguientes:

“PRIMERA.- La única causa cierta que provocó el fallecimiento de D... fue un tromboembolismo pulmonar que es la que provoca la parada cardio respiratoria.

No hay ninguna otra causa que provoque el fallecimiento del paciente.

En el informe de impresión de fichas referido al día del fallecimiento de D... del 30 de noviembre de 2021 se establece el motivo de la atención que es “Parada cardíaca Tromboembolismo pulmonar”.

SEGUNDA.- Consta acreditado que el 12 de noviembre, fecha del alta tras la intervención en quirófano para la luxación de cadera, no se le pautó a D... ningún anticoagulante.

TERCERA.- El paciente fue intervenido quirúrgicamente en el mes de septiembre para la implantación de un nuevo cotilo cementado más injerto local donde sí se le prescribió la obligación de mantener tratamiento anticoagulante con apixaban durante 30 días.

CUARTA.- La cirugía practicada a D... en noviembre de 2019 es una intervención quirúrgica, con independencia de la técnica que se emplee, que requirió de sedación y que se puede considerar como cirugía menor.

El propio protocolo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander establece como factores de riesgo que pueden provocar una enfermedad tromboembólica venosa lo siguiente (informe Doctor ... en anexo 4):

“Dependientes de la cirugía

e. Intervención prolongada en localización abdomino - pélvica (aumenta el riesgo si existe neoplasia) u ortopédica de extremidades inferiores

Por lo tanto, se asimila por definición una intervención ortopédica a una cirugía.

QUINTA.- El paciente presentaba factores de riesgo tal y como se describen en los informes médicos y en el informe del Dr...

Como vemos, siguiendo el protocolo del Hospital Valdecilla de Santander, el paciente debía tener la consideración de riesgo alto o muy alto de padecer una enfermedad tromboembólica venosa, tal y como finalmente ocurrió. Todo ello porque la edad que presentaba, así como antecedentes de hiperlipemia.

La administración de anticoagulante se hacía obligatoria para que no se produjera la enfermedad que provocó el fallecimiento de D...

Pero incluso aunque no tuviera factores de riesgo, al tratarse la reducción de la luxación de una intervención quirúrgica menor, se podría clasificar al paciente dentro de la escala de riesgo medio y que también aconseja la administración de heparinas de bajo peso molecular que eviten una enfermedad tromboembólica venosa.

SEXTA.- El ... no nos indica cual es el protocolo, guía, recomendación que emplean para evitar la enfermedad tromboembólica venosa.

Por ello, ruego que se aporte o indique, dentro del presente procedimiento, el protocolo, guía, recomendación que emplean para evitar la enfermedad tromboembólica venosa por el ... o Servicio Navarro de Salud”.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por doña..., don... y doña..., don... y don..., por daños producidos en relación con el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, a consecuencia del fallecimiento de don... tras una luxación de su prótesis de cadera.

Tras referir los antecedentes de hecho, detallar el órgano competente para la resolución de la reclamación y la legitimación activa y pasiva, analiza en su fundamentación jurídica la concurrencia de los requisitos necesarios para que proceda la responsabilidad patrimonial, incidiendo que la carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización, mientras que la del correcto funcionamiento del servicio o la de concurrencia de fuerza mayor o de culpa de la víctima a la Administración, conforme se ha venido señalando por la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra del 30 de mayo de 2002 y la del Tribunal Supremo del 13 de julio de 2000. También recuerda la línea jurisprudencial que exige para reconocer la responsabilidad patrimonial derivada de asistencia sanitaria, que exista una infracción de la *lex artis ad hoc* para que se pueda valorar la existencia de un daño antijurídico.

Respecto del análisis de la concurrencia de esos requisitos en el caso concreto y cumplimiento de la *lex artis ad hoc* en el tratamiento dispensado al señor... en la luxación de su prótesis de cadera izquierda, se analizan los dos aspectos afirmados por los reclamantes en los que se basa su reclamación, que el fallecimiento del paciente se debió a un tromboembolismo pulmonar y que la muerte hubiera podido evitarse con la administración de anticoagulantes dado el riesgo del señor... de sufrir un trombo.

En cuanto a la primera cuestión, se señala que este punto no se puede tener por cierto absolutamente, dado que no se realizó autopsia al fallecido y,

por tanto, no puede confirmarse de modo fehaciente que la causa de la muerte fuera un embolismo pulmonar masivo. En el certificado de defunción, tal diagnóstico figura como posible causa intermedia, pero no como causa cierta, ni inmediata, ni fundamental, y los síntomas de la insuficiencia respiratoria aguda no son exclusivos de un tromboembolismo pulmonar, como recoge el informe pericial de

Por lo que se refiere a si la administración de anticoagulantes estaba indicada en el caso concreto, se pone de relieve lo señalado en el informe de ..., “que el paciente estuvo inmovilizado menos de tres días y no padecía fracturas de pelvis, cadera o extremidades inferiores”, y que “no había sido sometido a ningún acto quirúrgico, ni mayor ni menor, dado que la reducción de la luxación de cadera no está considerada como tal en ningún protocolo, siendo considerado por el contrario el procedimiento realizado, un procedimiento terapéutico con anestesia, en el que no se produce apertura quirúrgica de la cadera, tampoco se produce herida y, por tanto, el daño tisular no existe”. Se pone de manifiesto que se anestesió al paciente “no para intervenir, sino para conseguir una relajación completa muscular que permita movilizar la cadera sin dolor”. Por lo que, para tal actuación médica realizada al señor... no cumplía con los requisitos estipulados en los protocolos de profilaxis antitromboembólica para ser tratado con heparinas de bajo peso molecular, a diferencia del anterior procedimiento de recambio de la prótesis, que sí implicó una intervención y en la que se le pautó profilaxis para trombos durante un mes, que es el plazo indicado para ello.

La valoración realizada en este informe, se indica que resulta ratificada por el emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del ..., en el que se señalaba que *“tras una búsqueda bibliográfica profunda, no consta en la literatura relativa a una luxación de prótesis de cadera, indicación de tromboprofilaxis”*; incidiendo en que la reducción cerrada de una luxación de cadera se considera, según el Nomenclator de la Organización Médica Colegial, un procedimiento terapéutico con anestesia que no necesita tratamiento profiláctico anti trombos.

A tenor de todo ello, se señala en la propuesta de resolución que “no ha quedado acreditado de modo indubitado que la causa de la muerte fuera el tromboembolismo pulmonar, ni tampoco que el paciente hubiera debido ser tratado con algún tipo de heparinas o anticoagulantes de profilaxis antitromboembólica, dado que no se realizó intervención quirúrgica”.

En respuesta a las alegaciones efectuadas por los interesados en el trámite de audiencia, se recoge lo siguiente.

En cuanto a que se aporten las guías o recomendaciones sobre el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se indica que:

“según las escalas mencionadas en la “Guía Pretemed 2007”, se recomienda tratar la trombopprofilaxis en pacientes con 4 o más puntos. El paciente no cumplía estos criterios ya que ni la diabetes mellitus ni la dislipemia son factores de riesgo (no puntúan ni un punto), considerándose inmovilización el lapso superior a cuatro días, que el paciente no tuvo, ya que pudo deambular desde el alta, y no sufrió traumatismo, sino luxación no traumática, por lo que no cumpliría los 4 puntos exigidos para aplicar la profilaxis. También conforme a la “Escala de Padua” se puede objetivar cómo el paciente no cumplía los criterios de trombopprofilaxis, ya que no tendría movilidad reducida más de tres días (se considera movilidad reducida sólo movilización para el baño), y no se le había realizado ni traumatología ni cirugía en el último mes, ni sufrió traumatismo. Además, al alta se permitió al paciente la deambulación con carga parcial de ese miembro, por lo que tampoco requería inmovilización o reposo. Tampoco conforme a la “Escala Improve-Vte” el paciente cumplía los criterios de trombopprofilaxis”.

En consecuencia, se afirma, que el señor... no cumplía los requisitos para ser tratado con tratamiento anticoagulante.

Por lo que se refiere a las peticiones de que se aporte por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea el expediente administrativo y la póliza de responsabilidad, se indica que no se entiende la primera petición, y ya se ha adjuntado al expediente la historia clínica del paciente; y, en cuanto a la segunda, que nada añade para acreditar el nexo causal esa aportación, habiendo sido la reclamación puesta en conocimiento de la entidad aseguradora.

La propuesta de resolución concluye señalando que no se aprecia un daño que tenga la consideración de antijurídico, habiéndose actuado conforme a la "*lex artis ad hoc*", y debiéndose desestimar la reclamación presentada por doña..., don... y doña..., don... y don..., por daños producidos en relación con el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, a consecuencia del fallecimiento de don... tras una luxación de su prótesis de cadera.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por doña..., don... y doña..., don... y don..., por daños producidos en relación con el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, a consecuencia del fallecimiento de don... tras una luxación de su prótesis de cadera. Es ésta una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 14.1 de la LFCN establece que el Consejo de Navarra deberá ser consultado preceptivamente en los siguientes asuntos: i) Reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite una indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros. En el presente caso se solicita una indemnización por importe total de 326.303,50 euros, más los intereses correspondientes, por lo que el presente dictamen se emite con carácter de preceptivo.

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

interesado, la propuesta de resolución, el dictamen del Consejo de Navarra y, finalmente, la resolución definitiva por el órgano competente.

A tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN, el órgano competente para resolver la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, en el presente caso el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

A la vista de todo ello, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiéndose incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constanding además los informes médicos solicitados y suficientes para valorarla y, en definitiva, habiéndose respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde a la reclamante; otorgando a los interesados la posibilidad del conocimiento íntegro de las actuaciones, la formulación de alegaciones y la presentación de documentos, y todo ello con anterioridad a la propuesta de resolución.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como una institución de garantía de los ciudadanos.

Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en la legislación sobre procedimiento administrativo y régimen jurídico de la Administración Pública, en la actualidad recogida en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en lo sucesivo, LPACAP) y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

El punto de partida lo constituye el artículo 32 de la LRJSP, a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones

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

Por su parte, el artículo 34.1 de la LRJSP establece que sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley; no siendo indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquellos, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos.

En los apartados 2, 3 y 4 del citado artículo 34, se establecen las pautas para la cuantificación de la indemnización con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, expropiatoria y demás normas que puedan ser de aplicación, ponderándose con las valoraciones predominantes en el mercado. Para los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y Seguridad Social. La cuantía indemnizatoria se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al expediente con arreglo al Índice de Garantía de Competitividad y de los intereses que procedan por demora. La indemnización podrá sustituirse, con acuerdo del interesado, por una compensación en especie o abonarse mediante pagos periódicos si resulta más adecuada para lograr la recuperación debida y convenga, igualmente, al interés público.

Conforme con la regulación positiva de la responsabilidad patrimonial y de la jurisprudencia que la interpreta y aplica, los requisitos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como

consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para la existencia de responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (entre otras muchas, STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 23 mayo 2012, recurso de casación 6010/2010).

II.3ª. En particular, el cumplimiento de la *lex artis* y la antijuridicidad del daño.

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 8/2016, de 25 de enero; 49/2016, de 21 de octubre; 10/2017, de 27 de marzo; 35/2021, 19 de noviembre; o 1/22, de 11 de enero de 2022) el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación

médica correcta y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la *lex artis*, y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es la de prestar la debida asistencia médica y no la de garantizar en todos los casos la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (*lex artis*). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, como sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva, sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la *lex artis* (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño, sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

«La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la

indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: "esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar" (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto"».

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuricidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la *lex artis ad hoc*; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el

acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991).

Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

En el presente caso la reclamación presentada por doña..., don... y doña..., don... y don..., tiene por objeto central la estimación de si el fallecimiento de don... fue debida a un tromboembolismo pulmonar y éste se originó por la falta de cumplimiento de los estándares de atención en el tratamiento de su luxación de prótesis de cadera izquierda que se afirma requería, en su caso, la prescripción de anticoagulantes.

Por ello se hace preciso valorar, de un lado, si resulta suficientemente probado que don... falleció por un tromboembolismo pulmonar. Y, de otro, admitiendo tal posibilidad, si las indicaciones realizadas al paciente, tras tratarle con reducción cerrada de la luxación de la prótesis de cadera que le había sido implantada, y darle de alta el 12 de noviembre de 2019, no fueron ajustadas a los parámetros asistenciales que resultan exigibles a la Administración sanitaria conforme a la *lex artis*, sufriendo los reclamantes un daño antijurídico que no tengan el deber jurídico de soportar.

Para ello hay que partir de los certificados e informes médicos aportados al expediente, así como de los datos de la historia clínica del señor...

En cuanto al primer aspecto, la literalidad del certificado médico, firmado el día 30 de noviembre de 2019, señala como causa inmediata del óbito “parada cardiorrespiratoria” y como causa intermedia “posible tromboembolismo pulmonar”. No se solicitó, ni realizó, autopsia al cadáver de don..., por lo que la causa inmediata señalada respecto de su muerte, según se hace notar en el informe de ..., constituye un juicio de posibilidad, pero no de certeza. La insuficiencia respiratoria no constituye una manifestación exclusiva de la patología del tromboembolismo pulmonar pudiendo ésa cursar también por otras enfermedades. En atención a ello, no parece que pueda

considerarse que haya prueba fehaciente respecto de lo afirmado por los recurrentes, que la causa de la muerte de don... se debió incuestionablemente a un tromboembolismo pulmonar.

Por lo que se refiere a la segunda cuestión, si las indicaciones realizadas al paciente tras tratarle de la luxación de la prótesis de cadera con reducción cerrada debían haber incluido anticoagulantes, los informes emitidos por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de fecha 7 de marzo de 2021, y por ... contradicen directamente las apreciaciones efectuadas en tal sentido por el doctor...

Don... no presentaba, cuando fue atendido por los servicios de urgencia extrahospitalaria el 9 de noviembre de 2019 signos de tromboflebitis en los miembros inferiores (Inflamación de la pierna, dolor en gemelos, etc.); siendo habitual, según se indica en el informe de ..., que previo al embolismo se produzca el proceso de formación del trombo en las venas del miembro inferior que tiene habitualmente síntomas consistentes en inflamación de la pierna, dolor, edema, etc. Datos que se deducen de la historia clínica.

Por otra parte, se destaca que el acto médico de reducción de la luxación con anestesia general no tiene en ningún protocolo la consideración de un acto quirúrgico. Constituye un procedimiento terapéutico con anestesia. A don... no se le realizó apertura quirúrgica de la cadera, ni se le produjo herida ni daño tisular, por lo que no concurría esta circunstancia médica para la indicación de la heparina.

El único factor de riesgo que presentaba el paciente, atendiendo a las tablas de factores de riesgos generales, se concretaba en ser mayor de 40 años (54), ya que ni la hiperlipemia, ni la diabetes, constan en ningún protocolo como factores de riesgo.

A este respecto resulta expresivo lo manifestado por el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del ..., en cuanto a la necesidad de profilaxis con heparina en este caso concreto, *“tras una búsqueda bibliográfica profunda, no consta en la literatura relativa a una luxación de prótesis de cadera, indicación de tromboprofilaxis”*. Y abunda en que, según las escalas

mencionadas en la “*Guía Pretemed 2007*”, se recomienda tratar la tromboprofilaxis en pacientes con 4 o más puntos. El paciente no cumplía estos criterios ya que ni la diabetes mellitus ni la dislipemia son factores de riesgo (no puntúan ni un punto), considerándose inmovilización el lapso superior a cuatro días, que el paciente no tuvo, ya que pudo deambular desde el alta, y no sufrió traumatismo, sino luxación no traumática, por lo que no cumpliría los 4 puntos exigidos para aplicar la profilaxis. Asimismo, conforme a la “*Escala de Padua*” se puede objetivar cómo el paciente no cumplía los criterios de tromboprofilaxis, ya que no tendría movilidad reducida más de tres días (se considera movilidad reducida sólo movilización para el baño), y no se le había realizado ni traumatología ni cirugía en el último mes, ni sufrió traumatismo. Además, al alta se permitió al paciente la deambulación con carga parcial de ese miembro, por lo que tampoco requería inmovilización o reposo. Tampoco conforme a la “*Escala Improve-Vte*” el paciente cumplía los criterios de tromboprofilaxis.

Esta situación no era semejante a la que experimentó don... el 16 septiembre 2019, cuando sí se le realizó una intervención quirúrgica de recambio de la prótesis, en la que conforme a los protocolos médicos de cirugía de la extremidad inferior se le pautó para el postoperatorio, con carácter profiláctico, la administración de anticoagulantes por un periodo de treinta días, a fin de prevenir la eventual producción de trombos.

De todo ello se infiere que no queda acreditado que el Servicio de Traumatología no cumpliera con las exigencias de la “*lex artis ad hoc*” cuando dio de alta a don... el día 12 de noviembre de 2019, tras tratarle de la luxación de prótesis de cadera, con las indicaciones que le realizaron de uso de la ortesis colocada, marcha en carga parcial hasta nueva indicación, evitando la flexión de cadera de más de 90° (...), y la analgesia habitual si dolor, sin incluir la prescripción de medicamentos anticoagulantes.

Por todo ello, este Consejo de Navarra considera que no ha quedado acreditado que los reclamantes hayan sufrido un daño antijurídico que no tengan el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar

responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que debe desestimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por doña..., don... y doña..., don... y don..., contra el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por los daños producidos por el fallecimiento de don....

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.