



## TÍTULO

**ORIENTACIONES Y CRITERIOS A USAR PARA LA APLICACIÓN  
DEL ARTÍCULO 140 DE LA LEY 35/2015 DE 22 DE  
SEPTIEMBRE, DE REFORMA DEL SISTEMA PARA LA  
VALORACIÓN DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A LAS  
PERSONAS EN EL ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN  
PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR CAUSADO POR  
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

## AUTOR

**José María González Villalón**

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2017

**Director/Tutor** David Rubiño López  
**Curso** *Máster Universitario en Valoración Médica del Daño Corporal (2015/16)*  
**ISBN** 978-84-7993-771-3  
© José María González Villalón  
© De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía  
**Fecha documento** 2016



#### Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

##### Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

##### Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

Máster Universitario título propio

III Máster en Valoración Médica de Daño Corporal (2015/16)

TRABAJO FIN DE MÁSTER

TÍTULO

Orientaciones y criterios a usar para la aplicación del artículo 140 de la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en el accidente de circulación:

Perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas.

ALUMNO: José M<sup>a</sup> González Villalón.

TUTOR: David Rubiño López.

MÁLAGA, NOVIEMBRE 2016.

## ÍNDICE

I) Introducción .....	3
II) Conceptos .....	8
A) Intervención quirúrgica .....	8
B) Características de la operación .....	10
C) Complejidad de la técnica quirúrgica.....	16
D) Tipo de anestesia .....	18
III) Propuesta de valoración .....	21
IV) Bibliografía .....	27

Universidad  
Internacional  
de Andalucía



## **I) INTRODUCCIÓN**

**La Ley 35/2015, de 22 de septiembre**, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (BOE 228), en su Preámbulo, nos dice:

*“Han transcurrido ya más de veinte años desde la entrada en vigor en 1995 del Sistema de valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, al que en adelante nos referiremos con el nombre de «Baremo», que figura actualmente como Anexo en el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre. Durante este tiempo, el conjunto de reformas que en el ámbito comunitario se han emprendido en relación con el seguro del automóvil, tendentes todas ellas a incrementar la protección a las víctimas mediante la garantía de una indemnización suficiente, justifican la conveniencia de revisar el sistema con el fin de introducir las modificaciones necesarias. En España, una vez transpuestas las sucesivas directivas comunitarias que pretenden armonizar la responsabilidad civil derivada de los accidentes de tráfico y que establecen los límites cuantitativos que debe cubrir el seguro obligatorio, nos seguimos encontrando con una enorme disparidad en las cuantías indemnizatorias al compararlas con otros países miembros de la Unión Europea, siendo evidente que nuestro país se sitúa detrás de los países europeos más avanzados en esta materia. Así que no cabe duda de que es necesario reformar el vigente Baremo para que cumpla su función de una forma efectiva, buscando un justo resarcimiento de los perjuicios sufridos por las víctimas y sus familias como consecuencia de un siniestro de tráfico. El **principio de reparación íntegra de los daños y perjuicios causados** no es efectivo en toda su dimensión, provocando situaciones injustas y en ocasiones dramáticas, con una pérdida añadida de calidad de vida, cuando además, ya se ha sufrido un daño físico, psíquico y moral, y que impone el deber al legislador de encontrar las formas idóneas que garanticen el cumplimiento de tan importante principio. Hay que resaltar que de los riesgos generados por la actividad humana, el específico de la conducción aparece como uno de los más cercanos, de los más habituales, con el que todos coexistimos, ya sea generándolo o sufriendo sus consecuencias en forma de daños. Por su frecuencia, se trata de un riesgo que tiene un enorme impacto en la realidad social y económica de un país.*

*De ahí la trascendencia de una interpretación uniforme de las reglas del sistema, que dote de certidumbre al perjudicado y a las entidades aseguradoras respecto de la viabilidad de sus respectivas pretensiones, garantizando una respuesta igualitaria ante situaciones idénticas, y que contribuya decisivamente a la rápida solución extrajudicial de los conflictos y, en suma, al equilibrio de recursos y a la dinamización de la actividad económica.*

.....  
*El nuevo Baremo se inspira y respeta el principio básico de la indemnización del daño corporal; su finalidad es la de **lograr la total indemnidad de los daños y perjuicios padecidos** para situar a la víctima en una posición lo más parecida posible a la que tendría de no haberse producido el accidente. Para ello, también se identifican nuevos perjudicados y **nuevos conceptos resarcitorios que no están recogidos en el Baremo vigente**”.*

Además, nos dice en su **Disposición adicional tercera: Baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria.**

*El sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria”.*

Aunque la ley se define como “*de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*”, según diversos autores como la Dr<sup>a</sup> Criado del Río o el Dr. Cobo Plana, en realidad se trata de un nuevo sistema integral de valoración del daño a las personas en accidentes de circulación, que utiliza nuevos conceptos y bases, con un nuevo modelo de valoración, que se pueden resumir en:

**Principio de reparación íntegra de los daños y perjuicios causados**, por ello se ha incluido la valoración de nuevos conceptos como el de pérdida de calidad de vida.

**Interpretación uniforme de las reglas del sistema**, que dote de certidumbre al perjudicado y a las entidades aseguradoras respecto de la viabilidad de sus respectivas pretensiones, garantizando una respuesta igualitaria ante situaciones idénticas.

## **Principio básico de la indemnización del daño corporal**

Principio de vertebración, que se refiere a la necesidad de *valorar por separado los daños patrimoniales y los no patrimoniales* y, dentro de unos y otros, separar los diversos conceptos perjudiciales.

Por todo lo anteriormente expuesto, trato de conseguir con el presente trabajo, unas orientaciones y **criterios** a usar para la aplicación de un nuevo concepto que aparece en la Ley. Se trata del **artículo 140**, referido al **perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas**, con el fin de conseguir que se pueda cumplir el mandato de la ley : ... *una interpretación uniforme de las reglas del sistema, que dote de certidumbre al perjudicado y a las entidades aseguradoras, garantizando una respuesta igualitaria ante situaciones idénticas* y teniendo en cuenta que *su finalidad es la de lograr la total indemnidad de los daños y perjuicios padecidos*”, y además poder cumplir con lo que nos dice el **artículo 35**: *“La correcta aplicación del sistema requiere la justificación de los criterios empleados para cuantificar las indemnizaciones asignadas según sus reglas, con tratamiento separado e individualizado de los distintos conceptos y partidas resarcitorias por los daños tanto extrapatrimoniales como patrimoniales”*.

Es por ello que pretendo intentar, dentro de la gran variabilidad de situaciones particulares que se pueden presentar, evitar la arbitrariedad que pudiera producirse al aplicar el citado artículo 140, así como aportar unos criterios que sirvan para justificar la valoración realizada.

Actualmente, y dado lo reciente de la ley (22 de septiembre de 2015) sólo he encontrado dos libros que traten específicamente sobre la nueva ley 35/2015, uno de la Dr<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Criado del Río (*“El nuevo Baremo de Tráfico: Perspectiva médico legal. Ley 35/2015 de 22 de septiembre”*) y el del Dr. Juan Antonio Cobo Plana (*“Metodología para valorar el Daño Corporal con el nuevo baremo de tráfico”*), ambos publicados en el presente año 2016, además aún no hay jurisprudencia sobre la aplicación de éste artículo 140 de la citada Ley 35/2015.

Partimos de lo que nos dice el propio **artículo 140: Perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas.**

*El perjuicio personal particular que sufre el lesionado por cada **intervención quirúrgica** a la que se someta se indemniza con una cantidad situada entre el mínimo y el máximo establecido en la **tabla 3.B\***, en atención a las **características de la operación, complejidad de la técnica quirúrgica y tipo de anestesia.***

**\*Tabla 3.B:**

INDEMNIZACIONES POR LESIONES TEMPORALES	
TABLA 3	
Tabla 3.B PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR	
Por cada intervención quirúrgica	De 400 € hasta 1.600 €

Siguiendo el criterio de la Dr<sup>a</sup> Criado, coincidimos en que el sistema al incluir el **daño moral que causa cada intervención quirúrgica**, supone un gran avance porque con este daño se ha pasado a reconocer por primera vez en la historia de los sistemas legales españoles la existencia del sufrimiento causado por las lesiones temporales (*quantum doloris/sufrimientos padecidos*), aunque lo haya hecho de forma parcial, porque no ha incluido el sufrimiento físico o psíquico que causan otras situaciones que implican sufrimiento causado por las lesiones temporales (otro tipo de tratamientos, naturaleza de la lesión, evolución de la lesión,...).

Dentro de la redacción del propio artículo 140, hay varios términos que carecen de una definición concreta, única e inequívoca tanto desde el punto de vista médico, como del jurídico, y que se deberán ir perfilando con el transcurso del tiempo y de la jurisprudencia.

Pero hay que tener un punto inicial, a partir del cual poder discutirlo, mejorarlo, ampliarlo, al igual que ha ido pasando con el conocido como el “baremo de tráfico”, que desde la inicial **Orden de 5 de marzo de 1991** por la que se da publicidad a un *sistema para la valoración de los daños personales en el Seguro de Responsabilidad Civil ocasionada por medio de vehículos de motor* (BOE de 11 de marzo de 1991), pasando por la **ley 30/1995** de 8 de noviembre y sucesivas reformas hasta llegar al **R.D.**

**8/2004** de 29 de octubre, que ha sido el que estaba en vigor hasta la aparición de la nueva **ley 35/2015**, cada una tratando de mejorar la anterior.

Es por ello que vamos a ir describiendo más detalladamente los diferentes términos que aparecen en el art. 140, tratando de encontrar referencias que permitan una aplicación razonable y proporcional para su aplicación.



## II) CONCEPTOS

### A) Intervención quirúrgica:

Se denomina **cirugía** (del griego χείρ jeir "mano" y ἔργον érgon "trabajo", de donde χειρουργεῖα jeirourguéia "trabajo manual") a la práctica que implica **manipulación mecánica** de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o estético, y que requiere **anestesia** en alguna de sus distintas modalidades: sedación, local, regional o general, para controlar el dolor producido por la acción que se realiza.

Encontramos una definición legal, en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección1ª) núm. 732/2014 de 5 noviembre, y que define: “...*el tratamiento quirúrgico es aquel que, por medio de la cirugía, tiene la finalidad de curar una enfermedad a través de operaciones de esta naturaleza, cualquiera que sea su importancia: cirugía mayor o menor, incluyendo distintas actuaciones (diagnóstico, asistencia preparatoria ex ante, exploración quirúrgica, recuperación ex post, etc.).....*”, pero que no responde adecuadamente a lo que pretende resarcir la ley 35/2015, ya que el Legislador ha querido considerar de forma diferenciada un perjuicio ligado con sufrir una actuación quirúrgica.

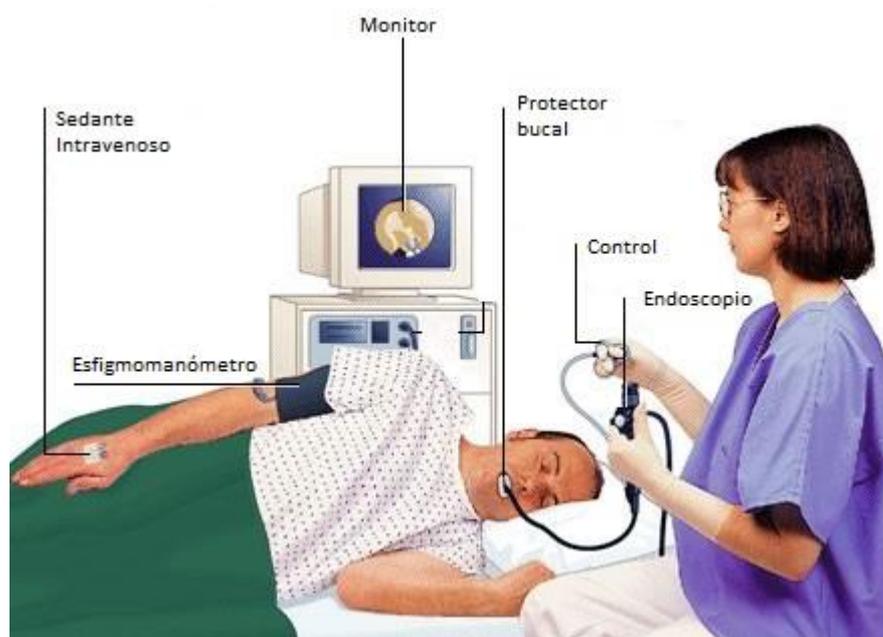
Desde un punto de vista clínico, además del médico, hay varios profesionales sanitarios, que entre sus competencias tienen la de realizar intervenciones quirúrgicas, dentro de sus respectivos campos de actuación, como es el caso de los odontólogos (cirugía dental: extracciones piezas dentales, implantes, etc) y podólogos (cirugía del pie: uña encarnada, hallux valgus, dedos en martillo, espolón, corrección de deformidades del pie, etc.), y dentro de la propia medicina, no sólo los cirujanos llevan a cabo intervenciones quirúrgicas ya que actualmente p.e. la denominada cirugía menor se realiza entre otros, por los médicos de familia, en los mismos Centros de Salud donde llevan a cabo sus demás actividades.

Por tanto no son solamente los médicos-cirujanos los autorizados a realizar intervenciones quirúrgicas, sino otros varios profesionales sanitarios.

De acuerdo con los criterios médicos en los que se apoya el sistema para estimar la cuantía indemnizatoria por este daño (*características de la operación, complejidad de*

la técnica quirúrgica y tipo de anestesia), se podría deducir una definición de **intervención quirúrgica** como la práctica que implica una **manipulación mecánica** de las estructuras anatómicas con un fin clínico, bien sea diagnóstico, terapéutico o estético, realizado por un médico, odontólogo o podólogo, que permite actuar tanto a nivel externo (p.e. cirugía refractiva ocular) como interno (p.e. apendicectomía) del organismo, y que precisa del uso de **anestesia**, en sus diferentes variantes: local, regional o general, así como de un **instrumental específico** y con las adecuadas **medidas de asepsia** exigibles según el tipo de intervención a realizar (en un quirófano, en una sala especialmente acondicionada y con las medidas asépticas correspondientes,...).

También debemos entender como intervención quirúrgica, según propone el Dr. Cobo Plana, cualquier actuación en la que se utilicen no solo métodos quirúrgicos sino en los que se produzca una **invasión relevante del cuerpo humano** por el profesional asistencial (como una cateterización, una biopsia, endoscopia, etc.) porque llevan consigo riesgos, padecimiento anterior de anticipación, lo suficientemente relevantes como para que sean considerados como perjuicio ya que no es lo mismo que te hagan una cateterización que no te la hagan.



## **B) Características de la operación:**

Dentro de este apartado, hay múltiples factores por los que se pueden clasificar una operación:

Podemos clasificar las intervenciones quirúrgicas en muchos tipos, dependiendo a los criterios a los que atendamos. Algunas de las clasificaciones más relevantes son las siguientes:

### ➤ **Según los órganos a intervenir**

En función de cuáles sean los problemas que se quieran solucionar y los órganos a los que afecten:

- Cirugía ortopédica o traumatológica: se encarga de músculos y huesos, es frecuentemente realizada por traumatismos o roturas de estos.

- Neurocirugía: se encarga de las intervenciones que afectan al sistema nervioso.

- Cirugía torácica: se encarga de las intervenciones realizadas en los elementos que están dentro de la caja torácica, principalmente: corazón, pulmones y esófago.

- Cirugía maxilofacial: se encarga de las intervenciones quirúrgicas en la zona de la cara y de la boca.

- Cirugía plástica: son las intervenciones que se realizan en zonas de la parte externa del cuerpo.

### ➤ **Según la forma en la que se realice la intervención**

Depende de la técnica y materiales empleados para llevar a cabo la intervención quirúrgica:

- Cirugía Mayor Ambulatoria: (CMA) Son intervenciones quirúrgicas de complejidad moderada que no requieren de ingreso hospitalario por parte del paciente, ni previo ni posterior a la operación. Un ejemplo de ello es la operación de fimosis.

- Cirugía invasiva: es la cirugía tradicional, para realizarla se hacen grandes incisiones y el cirujano accede directamente a la zona a tratar. También se conoce como cirugía a cielo abierto. Por norma general, el paciente debe quedarse varios días en el

hospital y la recuperación es larga.

- Cirugía laparoscópica: para realizarla, se realiza varias incisiones de reducido tamaño. A través de ellas se introduce una pequeña cámara, mediante la que el cirujano puede observar el interior del paciente para poder intervenir, así como las herramientas necesarias para la cirugía. Se trata de una intervención mínimamente invasiva. Un ejemplo de ello es la cirugía de hernia inguinal por laparoscopia.

- Trasplantes: consiste en extraer y colocar órganos u otros tejidos del cuerpo. Suelen ser operaciones de alta complejidad que requieren mucho tiempo.

- Cirugía láser: para esta técnica se aplica un haz de luz intensa sobre las células que se quieren eliminar, la temperatura de estas aumenta y estas desaparecen. Un ejemplo es la cirugía de láser de tulio para próstata.

- Cirugía menor: es la que no presenta riesgo para la vida del paciente. Suele ser sencilla y puede practicarse tanto en un hospital como en un centro de salud. Para ella suele usarse anestesia local y el tiempo de recuperación tras la intervención quirúrgica es breve. Por su baja tasa de complicaciones, la cirugía menor no suele requerir hospitalización, por lo que el paciente vuelve a su casa el mismo día de la intervención.

#### ➤ **Según cómo son las heridas operatorias**

Basadas en un probable nivel de contaminación bacteriana que pueda ocurrir durante la intervención quirúrgica, el National Research Council hizo una clasificación en 1964, que posteriormente adaptaría **Altemeier**:

- Heridas limpias: cuando el procedimiento no accede al interior de un órgano u otra cavidad del cuerpo normalmente colonizada.

- Heridas limpias-contaminadas: cuando el procedimiento accede al interior de un órgano u otra cavidad del cuerpo normalmente colonizada bajo circunstancias controladas.

- Heridas contaminadas: cuando al realizar la intervención hay una contaminación en el lugar de la intervención quirúrgica sin que exista aparentemente una infección.

- Heridas sucias: cuando el procedimiento quirúrgico se realiza en una zona en la que hay una infección.

➤ **Según la urgencia o planificación de la intervención**

En el momento en que se decide que hay que llevar a cabo una intervención quirúrgica, esta clasificación atiende a cuánto podemos esperar para llevarla a cabo:

- Urgencia extrema o Emergencia: es necesaria una intervención inmediata, ya que entra en juego la vida o la función de algún órgano del paciente.

- Urgencia: hay que intervenir cuanto antes, en un plazo máximo de 24 a 48 horas, ya que la situación puede poner en riesgo la vida o la función de algún órgano del paciente.

- Programada: son las intervenciones quirúrgicas que se programan, ya que la solución del problema no es de urgencia, pero debe ser solucionado para evitar mayores riesgos en el futuro. Por ejemplo colecistectomía laparoscópica.



- Electiva: el paciente puede decidir si someterse o no a la intervención quirúrgica, y el no someterse a ella no conlleva graves consecuencias para su vida. Un ejemplo de



ello es la rinoplastia.

### ➤ **Según la finalidad**

Dependiendo de lo que pretendamos conseguir con la intervención quirúrgica, podemos hacer la siguiente clasificación:

- Cirugía curativa: pretende solucionar el problema, habitualmente retirando la zona afectada.
- Cirugía reparadora: su finalidad es reparar las zonas que se encuentren dañadas o debilitadas y corregir deformaciones y desviaciones.
- Cirugía Diagnóstica: es necesaria la intervención quirúrgica para conocer el origen y el comportamiento de las células que causan el problema.
- Cirugía Paliativa: se lleva a cabo para disminuir los síntomas de algún problema o enfermedad, pero no acaba con él.
- Cirugía Estética: son intervenciones quirúrgicas que se llevan a cabo para mejorar el aspecto del paciente, pero que no tienen una base médica o funcional.

### ➤ **Según en la zona del cuerpo**

Según los órganos o los sistemas del organismo que vayan a intervenir también podemos hacer otra clasificación:

- Cirugía odontológica y maxilo-facial: es la relacionada con los dientes, la mandíbula y la cara.
- Cirugía otorrinolaringológica: es la relacionada con los oídos y la nariz.
- Cirugía oftalmológica: es la relacionada con los ojos.
- Cirugía general: es la que se encarga del sistema endocrino y del aparato digestivo.
- Cirugía oncológica: relacionada con los tumores y las extirpaciones de zonas.
- Neurocirugía: relacionada con el sistema nervioso central.
- Cirugía ginecológica: es la relacionada con el sistema reproductor femenino.
- Cirugía urológica: es la relacionada con el sistema reproductor masculino.

- Cirugía dermatológica: es la relacionada con la piel.
- Cirugía traumatológica: relacionada con músculos y huesos.

➤ **Según penetración en el organismo**

- Cirugía externa: es la que se realiza en la zona de la piel y en los tejidos subyacentes, no necesita acceder al interior del organismo.

- Cirugía interna: es la que para realizarse requiere penetrar en el organismo.

➤ **Según la gravedad o extensión o importancia**

- Cirugía menor: es la que no presenta riesgo para la vida del paciente. Suele ser sencilla y puede practicarse tanto en un hospital como en un centro de salud. Para ella suele usarse anestesia local y el tiempo de recuperación tras las intervención quirúrgica es breve. Por su baja tasa de complicaciones, la cirugía menor no suele requerir hospitalización, por lo que el paciente vuelve a su casa el mismo día de la intervención.

- Cirugía mayor: es la más seria, ya que implica un riesgo para la vida del paciente. Suele realizarse bajo anestesia general, por lo que requiere la hospitalización del paciente y la recuperación es más larga. Es una cirugía muy propensa a presentar complicaciones.

De todas ellas, pienso que la que más importancia tiene según el daño que se pretende reparar, que es el daño moral que causa cada intervención quirúrgica, es la que está relacionada con **la urgencia o planificación de la intervención**, ya que se debe valorar más si la operación es urgente o necesaria, que aquella que es electiva, de hecho los anestesiólogos, en su valoración añaden una “E” (de Emergency) cuando es urgente, ya que ello supone un riesgo mayor (no han podido estudiar al paciente, suelen estar en peor estado, ..etc).

Los otros parámetros utilizados en las diferentes clasificaciones están incluidos en la valoración de la “*complejidad de la técnica quirúrgica*” (como la extensión de la cirugía: mayor, menor; el grado de penetración: externa, interna; la zona del cuerpo a intervenir, etc.), que es el siguiente parámetro a valorar.

C) Propuesta de valoración por las características de la operación (Tabla 1):

Características de la operación		
1	Electiva	El paciente puede decidir si someterse o no a la intervención quirúrgica, y el no someterse a ella no conlleva graves consecuencias para su vida.
2	Programada	Son las intervenciones quirúrgicas que se programan, ya que la solución del problema no es de urgencia, pero debe ser solucionado para evitar mayores riesgos en el futuro.
3	Urgencia	Hay que intervenir cuanto antes, en un plazo máximo de 24 a 48 horas, ya que la situación puede poner en riesgo la vida o la función de algún órgano del paciente.
4	Emergencia o Urgencia extrema	Es necesaria una intervención inmediata, ya que entra en juego la vida o la función de algún órgano del paciente.

Tabla 1



### **C) Complejidad de la técnica quirúrgica:**

Para la elaboración del nivel de complejidad de la intervención quirúrgica, hay diferentes clasificaciones. De ellas en la actualidad la que más suele usarse por las entidades aseguradoras para la facturación, es la “Clasificación de las Intervenciones Quirúrgicas”, del nomenclátor de la OMC, que diferencia a las intervenciones en 9 grupos (del 0 al 8), aunque no especifica los criterios que se han usado, ni vienen mencionados en los documentos de la OMC. Por ello creo que ésta clasificación NO es válida para la valoración médico-legal de la complejidad de la técnica quirúrgica, aparte que la descripción de la complejidad de la intervención, en realidad no supone una consecuencia variable y sensible en el perjuicio personal. Puede existir una intervención muy compleja técnicamente que, sin embargo, no supusiera un perjuicio personal elevado para la persona intervenida, y viceversa. Más apropiada nos parece la Clasificación del riesgo quirúrgico, del Johns Hopkins, que las clasifica en 5 grados, de menor a mayor riesgo y además especifica en cada grado los criterios a valorar según el grado de invasión, el sangrado y las intervenciones incluidas y excluidas en cada uno de los grados. (Ver Tabla 2).



<b>CLASIFICACIÓN DEL RIESGO QUIRÚRGICO. JOHNS HOPKINS</b>					
	<b>RIESGO</b>	<b>INVASIÓN</b>	<b>SANGRADO</b>	<b>INCLUYE</b>	<b>EXCLUYE</b>
<b>1</b>	Mínimo	Mínima	Mínimo	Biopsia mamaria, resección de lesiones cutáneas, miringotomía, histeroscopia, cistoscopia, vasectomía, circuncisión, broncoscopia.	Exposición de órganos internos, reparación de estructuras vasculares o nerviosas, colocación de prótesis o necesidad de cuidado postoperatorio en UCI.
<b>2</b>	Leve	Moderada	<500ml	Laparoscopias diagnósticas, dilatación y curetajes, ligadura de trompas uterinas, tonsilectomía, adenoidectomía, herniorrafia umbilical, septoplastia, biopsia percutánea pulmonar, colecistectomía laparoscópica	Exposición de órganos internos, reparación de estructuras vasculares o nerviosas, colocación de prótesis o necesidad de cuidado postoperatorio en UCI.
<b>3</b>	Moderado	Significativa	500-1500ml	Tiroidectomía, histerectomía, miomectomía, colecistectomía, laminectomía, reemplazo de rodilla o cadera, nefrectomía, procedimiento laparoscópico mayor, resección o reconstrucción de tracto digestivo	Cirugía de tórax o abdomen abierto, reparación vascular mayor, cuidado postoperatorio en UCI
<b>4</b>	Alto	Alta	>1500ml	Reconstrucciones ortopédicas mayores, reconstrucción del tracto gastrointestinal, cirugía genitourinaria mayor como prostatectomía retropúbica, reparación vascular mayor.	Cirugía de tórax o abdomen abierto, cuidado postoperatorio en UCI.
<b>5</b>	Crítico	Alta	>1500ml	Procedimientos cardio-torácicos, intracraneanos, cirugía mayor cervicofacial, cirugía reparadora vascular, esquelética, neuroquirúrgica. Requiere manejo postoperatorio en UCI	

**Tabla 2**

#### D) Tipo de anestesia:

La clasificación usada habitualmente por los anestesiólogos es la “*Clasificación ASA*” (American Society of Anesthesiology), por su sencillez y facilidad de uso. Los datos recogidos durante la entrevista permiten clasificar a los pacientes en 6 grados (aunque en realidad el VI corresponde a muerte cerebral), por lo que se reduciría a 5 grados, añadiendo una E, en caso de emergencia.(Ver Tabla 3)

<b>SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ASA (American Society of Anesthesiologists)</b>		
I	Paciente sano	Paciente sano
II	Enfermedad sistémica leve a moderada. Sin limitación funcional	Fumador. Hipertensión controlada. Diabético controlado.
III	Enfermedad sistémica grave. Con limitación funcional	Cardiópata por isquemia (angina o infarto) con tolerancia al esfuerzo. Bronquitis crónica con disnea al esfuerzo.
IV	Enfermedad sistémica grave. Riesgo de vida para el paciente.	Bronquitis crónica con disnea en reposo. Paciente en hemodiálisis a espera de trasplante renal
V	Paciente moribundo.	Pocas posibilidades de supervivencia.
VI	Paciente donante de órganos.	Estado de muerte cerebral.
Cirugía de Emergencia: se agrega el sufijo “E” Edad Avanzada (> 70 años): incrementa el índice ASA de I a II.		

**Tabla 3**

Como se puede apreciar, ésta clasificación está en relación con el estado de salud previo del lesionado, no con el riesgo, esto es especialmente notorio en pacientes previamente sanos que sufren un accidente grave, ya que aquí la clasificación de los diferentes anestesiólogos va de ASA IE hasta ASA VE. A pesar de ello es la más utilizada porque existe una correlación entre el grado ASA y el riesgo perioperatorio.

Existen otras tablas que valoran mejor el riesgo quirúrgico, pero son más complejas ya que valoran más parámetros que la escala ASA, así por ejemplo, entre las más conocidas están las clasificaciones de GOLDMAN, DETSKY O MANNHEIN. Pero en ninguna de ellas se tiene en cuenta el “tipo de anestesia” usada, que en realidad es lo que se debe valorar en éste apartado.

Por ello, con respecto al tipo de anestesia me parece más clara y adecuada la clasificación descrita por el **Dr. Cobo Plana**, y que se basa exclusivamente en el tipo de anestesia utilizada, porque aporta una graduación razonable y proporcional en una aplicación literal del art. 140.(ver Tabla 4)

Clasificación por el tipo de anestesia del Dr. Cobo Plana	
Grado	Tipo de anestesia
1	Local.
2	Regional.
3	General.

**Tabla 4**

Para ello tenemos en cuenta los siguientes criterios, que nos servirán para su cuantificación:

- **Anestesia local:** Es el procedimiento por el cual se insensibiliza sólo la zona donde se realizará el procedimiento, sin alterar el nivel de conciencia.

Hay varias formas de anestesia local. Dentro de las más conocidas tenemos las gotas anestésicas que usan los oftalmólogos, las pomadas que se aplican en la piel antes de practicar una punción y la que se administra por medio de una inyección para suturar heridas, realizar biopsias de piel o drenajes de abscesos.

- **Anestesia regional:** Consiste en la aplicación de medicamentos anestésicos que bloquean grupos de nervios o una zona de la médula espinal, con el objetivo de anular el dolor en una parte específica del cuerpo, (ambas piernas, zona abdominal baja, un brazo, etc.).

Un buen ejemplo es la cirugía de la mano en la que se infiltra el plexo braquial ubicado en la base del cuello para anestesiarse completamente la extremidad superior.

Otro tipo de anestesia regional es la anestesia espinal, en sus 2 variantes, la subaracnoidea o raquídea y la epidural, la que permite anestesiarse zonas más amplias del cuerpo, como todo el hemicuerpo inferior. Es usada ampliamente en anestesia obstétrica, urológica o en cirugías de las extremidades inferiores.

En este tipo de anestesia el paciente permanece despierto o con una sedación suave, sin sensación de dolor, de tal modo que la persona esté más tranquila, relajada y en

ocasiones hasta dormida durante la intervención.

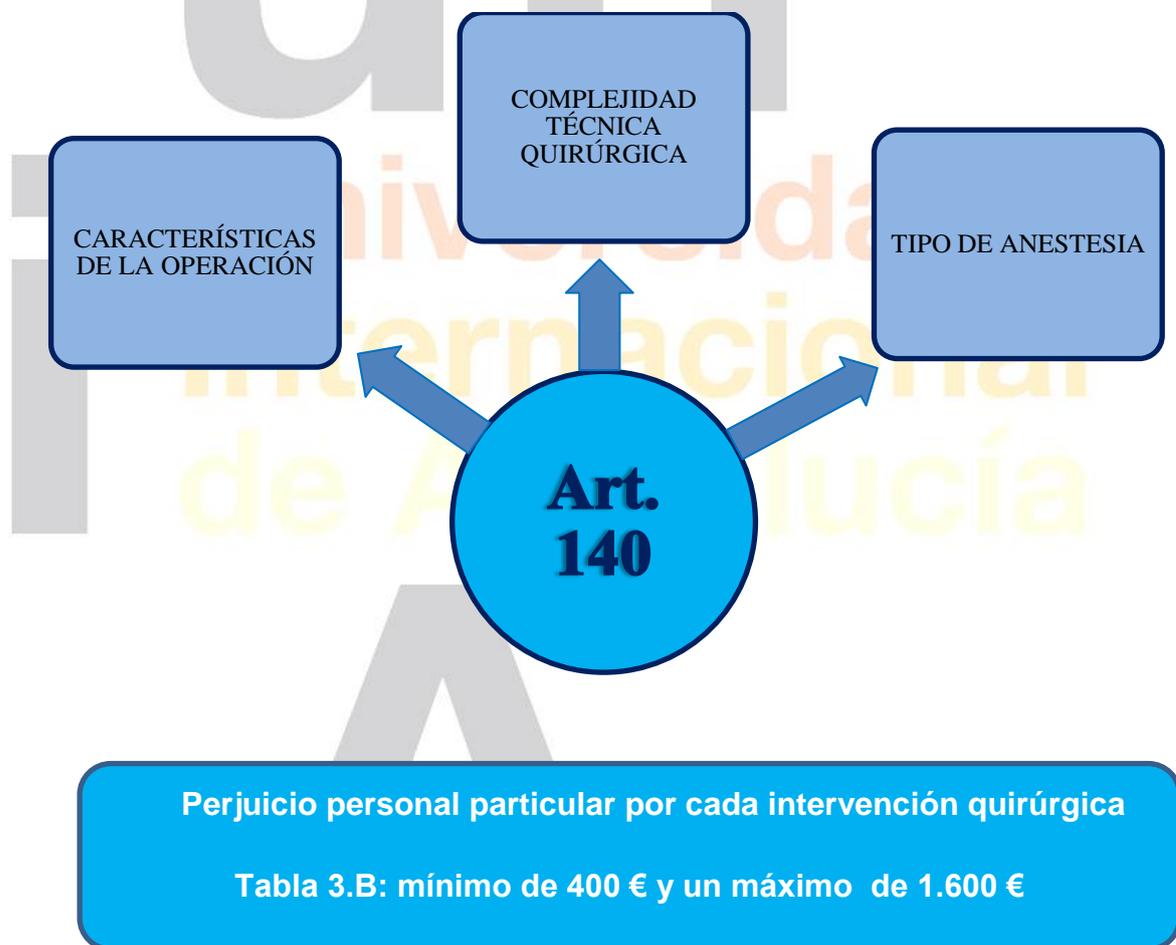
- **Anestesia general:** Consigue un estado de inconsciencia total, utilizando una combinación de gases que se inhalan y medicamentos, que se administran por vía endovenosa, que producen un bloqueo de todas las sensaciones de dolor y relajación muscular. Este tipo de anestesia es usado en una amplia gama de cirugías que van desde la apendicectomía hasta complejas operaciones cardíacas.



### III) PROPUESTA DE VALORACIÓN

El propósito del presente trabajo, es el de aportar unos criterios que sirvan para la valoración del **artículo 140** de la ley 30/2015:

*El perjuicio personal particular que sufre el lesionado por cada intervención quirúrgica a la que se someta se indemniza con una cantidad situada entre el mínimo y el máximo establecido en la tabla 3.B\*, en atención a las características de la operación, complejidad de la técnica quirúrgica y tipo de anestesia.*



## Los criterios que proponemos para cada uno de los tres apartados son:

### A) **Intervención quirúrgica:**

En primer lugar definir lo que entendemos por **intervención quirúrgica**, que sería la práctica que implica una **manipulación mecánica** de las estructuras anatómicas con un fin clínico, bien sea diagnóstico, terapéutico o estético, realizado por un médico, odontólogo o podólogo, que permite actuar tanto a nivel externo como interno del organismo, y que precisa del uso de **anestesia**, en sus diferentes variantes: local, regional o general, así como de un **instrumental específico** y con las adecuadas **medidas de asepsia** exigibles según el tipo de intervención a realizar (en un quirófano, en una sala especialmente acondicionada y con las medidas asépticas correspondientes,...).

También debemos entender como intervención quirúrgica, según propone el Dr. Cobo Plana, cualquier actuación en la que se utilicen no solo métodos quirúrgicos sino en los que se produzca una **invasión relevante del cuerpo humano** por el profesional **sanitario** como endoscopias, colonoscopias, gastroscopias, fibrobronoscopias, cateterismos y otras de similar entidad porque llevan consigo riesgos, padecimiento anterior de anticipación, lo suficientemente relevantes como para que sean considerados como perjuicio.

Otro punto a aclarar, sería lo que se entiende por “*cada intervención quirúrgica*”, ya que se pueden dar distintas variaciones: la más fácil, sería una sola intervención quirúrgica, que se valora como tal. Pero puede darse el caso de que en un mismo acto quirúrgico se realicen varias intervenciones, por ejemplo en una caída de moto se podría producir fractura de tibia derecha y de radio derecho, y en mismo acto quirúrgico se realizaría la osteosíntesis de ambas fracturas. ¿Se trataría de una sola intervención?, en mi opinión habría que valorarla como dos intervenciones distintas, aunque teniendo en cuenta que el riesgo quirúrgico por anestesia sería diferente para cada una de ellas, ya que si lo valoramos como “anestesia general”, en ambas, lo estaríamos duplicando, por tanto en una se valoraría y en la otra no, aunque sí el resto de parámetros, ya que serían dos intervenciones diferentes, con sus correspondientes riesgos en cada una de ellas. La situación contraria, sería la de realizar una misma intervención en diferentes actos quirúrgicos, en éste caso la valoraremos como dos intervenciones distintas.

## B) Características de la operación:

Para valorar las características de la operación, proponemos clasificarla por su necesidad, que iría desde la que es de tipo electivo hasta la que es una emergencia con riesgo vital para el paciente. Se clasificaría en 4 grados (Tabla 5).

Características de la operación			Porcentaje
1	<b>Electiva</b>	El paciente puede decidir si someterse o no a la intervención quirúrgica, y el no someterse a ella no conlleva graves consecuencias para su vida.	0 – 10%
2	<b>Programada</b>	Son las intervenciones quirúrgicas que se programan, ya que la solución del problema no es de urgencia, pero debe ser solucionado para evitar mayores riesgos en el futuro.	11 – 30%
3	<b>Urgencia</b>	Hay que intervenir cuanto antes, en un plazo máximo de 24 a 48 horas, ya que la situación puede poner en riesgo la vida o la función de algún órgano del paciente.	31 – 70%
4	<b>Emergencia o Urgencia extrema</b>	Es necesaria una intervención inmediata, ya que entra en juego la vida o la función de algún órgano del paciente.	71 – 100%

Tabla 5

## C) Complejidad de la técnica quirúrgica:

Para la valoración referente a la complejidad de la técnica quirúrgica, entiendo que hay que valorarla según el riesgo que supone la misma para el paciente ya que la descripción de la complejidad de la intervención, en realidad no supone una consecuencia variable y sensible en el perjuicio personal. Puede existir una intervención muy compleja técnicamente que, sin embargo, no suponga un perjuicio personal

elevado para la persona intervenida y viceversa. Dentro de las numerosas clasificaciones del riesgo quirúrgico, una de la más aceptada en la literatura científica es la Clasificación del Riesgo Quirúrgico del Johns Hopkins en 5 grados (Tabla 6).

<b>CLASIFICACIÓN DEL RIESGO QUIRÚRGICO. JOHNS HOPKINS</b>						<b>Porcentaje</b>
	<b>RIESGO</b>	<b>INVASIÓN</b>	<b>SANGRADO</b>	<b>INCLUYE</b>	<b>EXCLUYE</b>	
<b>1</b>	Mínimo	Mínima	Mínimo	Biopsia mamaria, resección de lesiones cutáneas, miringotomía, histeroscopia, cistoscopia, vasectomía, circuncisión, broncoscopia.	Exposición de órganos internos, reparación de estructuras vasculares o nerviosas, colocación de prótesis o necesidad de cuidado postoperatorio en UCI.	0 – 10 %
<b>2</b>	Leve	Moderada	<500ml	Laparoscopias diagnósticas, dilatación y curetajes, ligadura de trompas uterinas, tonsilectomía, adenoidectomía, herniorrafia umbilical, septoplastia, biopsia percutánea pulmonar, colecistectomía laparoscópica	Exposición de órganos internos, reparación de estructuras vasculares o nerviosas, colocación de prótesis o necesidad de cuidado postoperatorio en UCI.	11 – 25%
<b>3</b>	Moderado	Significativa	500-1500ml	Tiroidectomía, histerectomía, miomectomía, colecistectomía, laminectomía, reemplazo de rodilla o cadera, nefrectomía, procedimiento laparoscópico mayor, resección o reconstrucción de tracto digestivo	Cirugía de tórax o abdomen abierto, reparación vascular mayor, cuidado postoperatorio en UCI	26 – 60%
<b>4</b>	Alto	Alta	>1500ml	Reconstrucciones ortopédicas mayores, reconstrucción del tracto gastrointestinal, cirugía genitourinaria mayor como prostatectomía retropúbica, reparación vascular mayor.	Cirugía de tórax o abdomen abierto, cuidado postoperatorio en UCI.	61 – 89%
<b>5</b>	Crítico	Alta	>1500ml	Procedimientos cardio-torácicos, intracraneanos, cirugía mayor cervicofacial, cirugía reparadora vascular, esquelética, neuroquirúrgica. Requiere manejo postoperatorio en UCI		90 – 100%

**Tabla 6**

#### D) Tipo de anestesia:

Para la valoración del tipo de anestesia, proponemos la del Dr. Cobo Plana, que se basa exclusivamente en el tipo de anestesia utilizada, porque aporta una graduación razonable y proporcional en una aplicación literal del art. 140, y que la clasifica en 3 grados (Tabla 7).

Clasificación por el tipo de anestesia (Dr. Cobo Plana)		
Grado	Tipo de anestesia	Porcentaje
1	Local.	0 – 20%
2	Regional.	21 – 50%
3	General.	51 – 100%

Tabla 7

E) **Valoración total**, se realizaría, teniendo en cuenta que las cantidades contenidas en la **Tabla 3.B contenida en la Ley 35/2015**, oscilan entre un mínimo de **400 €** y un máximo de **1.600 €**, lo que supone que cada intervención quirúrgica debe ser resarcida con 400 € más una cantidad variable entre 0 € y 1.200 €, que dividiremos proporcionalmente entre cada uno de los tres apartados explicitados por la ley, es decir:

- **Características de la operación:** 0 € a 400 €.
- **Complejidad de la técnica quirúrgica:** 0 € a 400 €.
- **Tipo de anestesia:** 0 € a 400 €.

Para lo que aplicaremos el tanto por ciento que corresponda a cada uno de los grados obtenidos en cada apartado, usando las anteriores **tablas 5, 6 y 7** respectivamente.

**ALGORITMO PARA VALORACIÓN Art. 140**  
**(Perjuicio Personal Particular Por Intervenciones Quirúrgicas)**

**A) Características de la operación (Tabla 5)**

Clasificación según necesidad	4 grados : 0 - 100% (de 400 €)
-------------------------------	--------------------------------

**B) Complejidad de la técnica quirúrgica (Tabla 6)**

Clasificación del Riesgo Quirúrgico del Johns Hopkins	5 grados : 0 - 100% (de 400 €)
---	--------------------------------

**C) Tipo de anestesia (tabla 7)**

Clasificación por el tipo de anestesia (Dr. Cobo Plana, modificada)	3 grados : 0 - 100% (de 400 €)
---	--------------------------------

Por tanto la valoración por cada intervención quirúrgica oscilaría entre un valor **mínimo de 400 €**, a lo que se añadiría el total obtenido de la **valoración anterior**, es decir : **400 + A + B + C** .

**Nota:** Estas cantidades, están referidas a las vigentes en el año 2016, y se irán actualizando anualmente, según recoge el Artículo 49, “... las cuantías y límites indemnizatorios fijados en ella y en sus tablas quedan automáticamente actualizadas con efecto a 1 de enero de cada año en el porcentaje del índice de revalorización de las pensiones previsto en la Ley de Presupuestos Generales del Estado”.

#### IV) BIBLIOGRAFÍA

- Boletín Oficial del Estado núm. 228: Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. 23 de septiembre de 2015.
- Criado del Rio, M<sup>a</sup> Teresa. “*El nuevo Baremo de Tráfico: Perspectiva médico legal. Ley 35/2015 de 22 de septiembre*”. Editorial Pirineo. 2016.
- Cobo Plana, Juan A. “*Metodología para valorar el Daño Corporal con el nuevo baremo de tráfico*”. Editorial Wolters Kluwer, S.A. 2016.
- Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1<sup>a</sup>) núm. 732/2014 de 5 noviembre (Ponente: Ilmo Sr. Candido Conde-Pumpido).
- Fundación MAPFRE, Jornada de Valoración del Daño Corporal: “Aspectos médicos y jurídicos Ley 35/2015. Controversias y criterios”. Comunicación del Dr. Gomez Gomez, Juan A. (IML de Córdoba). Jaén, 30 septiembre 2016.
- Arribas JM, Caballero F. “*Manual de cirugía menor y otros procedimientos en medicina de familia*” (tomos I y II). Madrid: Jarpyo Editores S.A., 2000
- González Cano J. et al. CIRUGIA MENOR Guía de Actuación Clínica en A. P. Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap010cma.pdf>)
- Martínez Ramos, C.; “*Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución*”. Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina. 1 (1): 294-304, 2009. [serie online][citado Octubre 2016]  
(<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/61/91>)
- Lobo Martínez, E et al.; “*Manual de Urgencias Quirúrgicas*”. Hospital Universitario Ramón y Cajal. 4<sup>a</sup> Edic. Madrid. 2011. [serie online][citado Octubre 2016]

[http://www.irykis.org/doc/Publicaciones/Manual\\_Urgencias\\_Quirurgicas\\_4Ed.pdf](http://www.irykis.org/doc/Publicaciones/Manual_Urgencias_Quirurgicas_4Ed.pdf)).

- Arias, Jaime et al. “*Propedéutica Quirúrgica. Preoperatorio, operatorio, postoperatorio*”. Edit. Tébar S.L. 2004.
- Pacheco Sánchez, D. et al. “*Manual del Residente Quirúrgico*”. Edit. Díaz de Santos S.A. Madrid. 1998.
- American Society of Anesthesiologists. Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists. Task force on preanesthesia evaluation. *Anesthesiology* 2002;96, 485-96.
- M.T. Fuentelsaz, R. Torruella. “*Guia Pràctica Per Valoració de Risc Preoperatori*”. Grup de valoració de risc anestèsic-quirúrgic. Secció d’Avaluació Preoperatoria (S.A.P). Societat Catalana d’anestesiologia, Reanimació i Teràpia del Dolor. [serie online][citado Octubre 2016].  
(<http://www.scartd.org/sap/gpc/preoperatori/ValoracioRiscPreoperatori.pdf>).
- CLASIFICACIÓN TERMINOLÓGICA Y CODIFICACIÓN DE ACTOS Y TÉCNICAS MÉDICAS. ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL. [serie online][citado Octubre 2016].  
[<https://www.cgcom.es/sites/default/files/nomenclator.pdf>]



# Universidad Internacional de Andalucía

# A