



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 8 9 / 2 0 0 9

(Sección 1ª)

La Laguna, a 19 de octubre de 2009.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la ***Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por T.R.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 561/2009 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Acuerdo de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por un Organismo Autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

Los hechos en los que se basa la presente reclamación, presentada por T.R.G., por medio de representante, son los siguientes:

“Segundo.- que a principios del año 2006 comenzó a sentir un dolor a nivel abdominal en el lado derecho, por lo que acude a su médico de cabecera en el Centro de Salud de San Roque, quien a su vez la remite al Servicio de Ginecología

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

del C.A.E. Prudencio Guzman, donde le atiende el Doctor (...), quien tras realizar una citología y una revisión rutinaria, no logra dar explicación al dolor que presenta la paciente, manifestando, a pesar de ello, que la situación era normal.

Que a la vista de lo anterior, mi mandante vuelve a su médico de cabecera, quien la remite al Servicio de Cirugía del Hospital Insular, que le prescribe la realización de un escáner y de una endoscopia baja, manifestando el especialista que su opinión es que por los síntomas que presenta la paciente considera que se trata de un problema ginecológico.

No obstante lo anterior y ante la persistencia del dolor referido, mi mandante acude al Servicio de Radiología de la C.S.C., donde le aconsejan la realización de una ecografía abdominal, la cual da como resultado la localización de un quiste con nódulo parietal sólido en el ovario derecho.

Se acompaña como documento nº 1 informe clínico del Servicio Canario de la Salud y como documento nº 2 informe de interconsulta en el que consta el motivo de la consulta realizada por mi mandante, así como que tras ser revisada por el servicio de ginecología no se encuentra nada anormal y como documento nº 3, el resultado de la ecografía referida.

Que del relato anterior se infiere la primera de las anormalidades, responsabilidad del Servicio Canario de Salud respecto a mi representada, pues a pesar de haber sido remitida al Servicio de Ginecología con molestias a la altura del ovario, no se le realiza prueba alguna tendente a localizar la causa del dolor, motivo por el que no se informa a mi mandante de la presencia del quiste que sí aparece en las pruebas realizadas con carácter privado por la C.S.C.

Tercero.- Que ya con el resultado de la ecografía abdominal que se le realiza en la Clínica S.C, mi mandante acude nuevamente a su médico de cabecera, quien nuevamente le remite al Servicio de Ginecología del C.A.E. Prudencio Guzmán, en donde se le realiza nuevamente una ecografía donde lógicamente se aprecia la presencia del quiste en el ovario derecho, así como un mioma en el útero.

Que en atención a lo anterior se prepara la intervención quirúrgica para extirpar el quiste a mi representada, intervención que se realizaría mediante la técnica de laparoscopia, firmando el consentimiento que se acompaña como documento nº 4.

Que cinco días antes de la operación el Doctor (...) aconseja a la paciente aprovechar la intervención quirúrgica para intervenir igualmente el mioma y proceder a la ligadura de trompas, intervención esta última que ya no podía ser

realizada mediante laparoscopia, no obstante el profesional aprovecha el consentimiento anteriormente firmado, añadiendo en el apartado 5º del mismo, las intervenciones a las que se iba a someter mi mandante, es decir, mioma uterino, quiste ovárico y ligadura de trompas.

Igualmente y como documento nº 5 se acompaña el informe relativo a la operación realizada en fecha 4 de septiembre de 2006, del que se informa verbalmente a mi representada que la operación se ha realizado con éxito en todas sus fases. No obstante, mi mandante al hacer la primera revisión postoperatoria tiene conocimiento de que no se le había realizado la ligadura de trompas previamente programada; circunstancia que constituye una nueva irregularidad por parte del Servicio Canario de Salud.

Cuarto.- Que aproximadamente sobre el 6 de septiembre siguiente, y cuando mi mandante aún se encontraba ingresada en la Clínica S.C., mi representada comenzó a sentir fuertes dolores en la pierna derecha, comentándosele al médico (...), quien le manifiesta, sin realizar ningún tipo de examen, que ello era debido a encontrarse en cama.

Que una vez se da a mi mandante el alta hospitalaria, la misma continuaba con dolores cada vez más intensos en la pierna, acudiendo al Servicio de Urgencias del Materno donde se le detecta la formación de una tromboflebitis, tal como se recoge en el certificado que se acompaña como documento nº 6 de la presente reclamación.

Que mi representada había informado con carácter previo a la operación tanto a la anestesista como al Doctor (...) de sus antecedentes familiares de problemas de trombos, a pesar de lo cual no se adopta por parte de los profesionales ningún tipo de medida tendente a evitar su aparición, fundamentalmente la administración de heparina o clexane o evitar un reposo prolongado de la paciente.

Sexto.- Que por todo lo anterior mi mandante continúa a fecha de hoy en situación de baja laboral, además de estar siendo tratada con Sintron.

Que igualmente mi mandante está siendo tratada por arritmia debido a la situación de ansiedad generada por toda esta situación.

Que a la vista de lo anterior es evidente que ha existido una mala praxis médica que a la postre ha ocasionado un daño antijurídico a mi mandante que la misma no viene obligada a soportar”.

La interesada reclama por los hechos relatados una indemnización de 10.000 euros.

Acompaña a su solicitud, además de la documentación a que se ha hecho referencia a lo largo de la exposición de los hechos, fotocopias de designación de Letrado y de Procurador por los Colegios de Abogados y de Procuradores de Las Palmas.

III

1. La reclamante, T.R.G., que actúa por medio de representante, ostenta la condición de interesada en el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial al pretender el resarcimiento de un daño de carácter personal cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada en un Centro perteneciente al Servicio Canario de la Salud. La representación conferida consta, por otra parte, debidamente acreditada en el expediente.

La Administración autonómica está legitimada pasivamente, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 8 de octubre de 2007 en relación con la asistencia sanitaria prestada a partir del 6 de marzo de 2006, encontrándose aún en situación de baja laboral en el momento de su presentación, por lo que no es extemporánea (art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC).

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La Resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

2. Por lo que se refiere a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones:

La reclamación fue presentada por la interesada el 8 de octubre de 2007 en el Registro General del Servicio Canario de la Salud, iniciándose en esta fecha el procedimiento.

El 22 de octubre de 2007 se remite escrito a la interesada en el que se comunica el procedimiento a seguir y su plazo, el número de expediente y los efectos del silencio administrativo. Al propio tiempo, se requiere, a los efectos de subsanación de su solicitud, la aportación de la copia compulsada de su DNI, la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse, autorización expresa de acceso a los datos obrantes en su historia clínica por los profesionales que, por razón de sus funciones, tengan acceso a ella durante la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial y, en caso de haberse incoado diligencias previas penales por los mismos hechos, aportación de testimonio de lo actuado.

Esta petición se cumplimenta por la interesada mediante escrito de 20 de noviembre de 2007.

El 28 de noviembre de 2007 se dicta Resolución por la que se admite a trámite la reclamación, se ordena, erróneamente, el inicio del procedimiento y se comunica a la interesada que con la misma fecha se solicita a través del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia el informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo máximo legal para resolver el procedimiento hasta la recepción del referido informe y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses. Lo que no se ajusta al precepto leal aplicable en cuanto al cómputo de dicho plazo.

Esta Resolución fue debidamente notificada a la interesada.

El Servicio de Inspección emite informe, tras dos solicitudes posteriores a la inicial de fechas 21 de abril y 7 de octubre de 2008, el 14 de julio de 2009, fuera de plazo y vencido largamente el de la suspensión acordada, en el que se concluye con la procedencia de una estimación parcial de la reclamación, al considerar indemnizables las secuelas posflebíticas padecidas por la reclamante.

Se acompaña a este informe copia de las historias clínicas obrantes en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, en el archivo del Centro de Salud de

San Roque y en la C.S.C., así como el informe del facultativo especialista en Ginecología que atendió a la reclamante en el C.A.E. Prudencio Guzmán.

El 17 de julio de 2009 se dicta Resolución por la Secretaría General por la que se suspende el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se acuerda la iniciación de procedimiento abreviado, al haberse constatado a través de los informes que se han recabado durante la instrucción del procedimiento la existencia de relación causal entre el daño alegado y la actuación del servicio público sanitario, que deriva de una falta de medidas profilácticas en la asistencia necesaria que le produjo a la reclamante la privación del derecho a tener unas posibilidades distintas en la evolución del curso clínico.

Se propone como indemnización la cantidad de 6.723,83 euros, coincidente con la señalada por el Servicio de Inspección en su informe.

El 23 de julio de 2009 se notifica esta Resolución a la interesada, quien manifiesta su conformidad a la propuesta de indemnización y propone la terminación convencional del procedimiento en escrito presentado el 30 de julio.

El 3 de agosto de 2009 se elabora por la Secretaría General Propuesta de Acuerdo indemnizatorio en los términos descritos, solicitándose el mismo día el informe del Servicio Jurídico, que se emite con carácter favorable el siguiente día 25 del mismo mes.

Se solicita seguidamente el Dictamen de este Consejo Consultivo.

3. A la vista de las actuaciones practicadas, puede considerarse que se han observado, en los términos aquí expuestos los trámites legal y reglamentariamente previstos, incumpléndose desde luego el plazo para resolver. La demora producida, sin embargo, no obsta la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

IV

1. De las diversas historias clínicas de la reclamante resultan los siguientes antecedentes relevantes, tal y como han sido expuestos por el Servicio de Inspección en su informe:

En fecha 16 de noviembre de 2005, su Médico de Atención Primaria solicita interconsulta, para actividades preventivas, al ginecólogo. Es valorada en

Ginecología del C.A.E. el 31 de marzo de 2006, donde se le pide, como control normal, citología y mamografía, con resultados dentro de la normalidad.

El 4 de mayo de 2006 refiere a su médico de Atención Primaria dolor en FID (fosa ilíaca derecha), por lo que se solicita interconsulta a Cirugía.

El 14 de junio de 2006 acude a su médico de Atención Primaria con ecografía ginecológica particular, de fecha 12 de junio de 2006, que informa de quiste parietal en ovario derecho. Útero localizado en anteversión y línea media, con DIU intracavitario correctamente situado. Quiste con nódulo parietal sólido derecho (quiste funcional o enfermedad inflamatoria pélvica?).

Se solicita interconsulta a Ginecología, donde es valorada en fecha 23 de junio de 2006, refiriendo la paciente dolor en FID con irradiación a fosa renal y miembro inferior derecho. En la exploración “no toca anejos” (no se consigue localizar la tumoración), por lo que se solicita, por no concordancia clínica con quiste de ovario, ecografía preferente y se cita a la paciente una vez obtenidos los resultados.

Es valorada en fecha 12 de julio de 2006: En ecografía útero aumentado de tamaño por la existencia de mioma en cara anterior intramural, de 25 x 26 mm. Anejo derecho con quiste de contenido denso de 54 x 60 mm, sugestivo de endometrioma.

La paciente, en esta fecha 14 de julio de 2006, decide que sólo quiere intervención del quiste de ovario vía laparoscópica.

Se efectúa documento CC5 para solicitar la intervención en la C.S.C., a fin de realizar quistectomía o anexectomía vía laparoscópica.

Es citada nuevamente en fecha 30 de agosto de 2006. En esta consulta indica el ginecólogo que se le explica la conveniencia de quitar, además del quiste, el mioma para evitar una segunda intervención quirúrgica.

En esta misma fecha, firma la paciente el documento de consentimiento informado para miomectomía + quistectomía ovárica + ligadura de trompas bajo la técnica de laparotomía.

El 4 de septiembre de 2006, bajo el diagnóstico de quiste de ovario y mioma uterino, es intervenida en la C.S.C. Se practica laparotomía según técnica de Pfannenstiel, objetivándose útero aumentado de tamaño por la existencia de nódulo de mioma. Anejo derecho quístico con contenido de aspecto endometriósico. Se

realiza quistectomía y miomectomía, causando alta hospitalaria en fecha 8 de septiembre de 2006.

El 13 de septiembre de 2006 es valorada en el Servicio de Urgencias del Hospital Materno-Infantil de Canarias por TVP (trombosis venosa profunda) a nivel de vena poplítea derecha para la que se prescribe fraxiparina y, al día siguiente, medias de compresión fuerte. Se pauta además *Sintrom* (anticoagulante), que se suspende en fecha 26 de abril de 2007, tras seis meses de tratamiento.

El 3 de noviembre de 2006 el Servicio de Cirugía Vascular informa que puede incorporarse al trabajo dependiendo del tipo de éste.

El 11 de enero de 2007 consta en la historia clínica de Atención Primaria diagnóstico por cardiólogo privado de “posible síndrome preexcitación”, por lo que se somete a estudio cardiológico en fecha 8 de febrero de 2007.

El 8 de febrero de 2007 refiere dolor en hombro derecho por el que es valorada en el Servicio de Rehabilitación y se pauta tratamiento de rehabilitación que se realizó hasta el 22 de junio de 2007.

2. Como ya se adelantó, durante la instrucción del procedimiento se recabaron los Informes del facultativo especialista en Ginecología que atendió a la paciente en el Centro de Atención Especializada, así como del Servicio de Inspección.

A. En el primero de los citados se manifiesta:

La paciente acude a consulta el 31 de marzo de 2006 para un control rutinario y, como se desprende de la ficha médica, no se hace referencia a ningún dolor específico, sino que se trataba simplemente de una revisión de control.

El 23 de junio de 2006 otro facultativo del Servicio de Ginecología realiza una revisión de la paciente que traía una ecografía realizada en la C.S.C., que informaba de la existencia de una tumoración, sin precisar si se trataba de un quiste simple, cistoadenoma o E.P.I. En relación con dicha revisión, por el Doctor se hace constar que “no toco anejos”, lo que evidentemente significa que no consigue localizar la tumoración a pesar de la ecografía. Igualmente, se hace constar que el cuadro clínico no es concordante con quiste de ovario, por lo que se pide una ecografía preferente.

El 12 de junio de 2006 el mismo Doctor atiende a la paciente y comprueba en la ecografía la existencia de un mioma en el útero, así como un quiste en el ovario derecho y se le plantean las posibilidades quirúrgicas.

El día 14 de julio la paciente manifiesta que solo desea operarse de quiste de ovario y por técnica laparoscópica.

El 30 de agosto se cita a la paciente para preparación de la intervención y efectivamente aconsejó a la misma que no se quitara solo el quiste, pues posiblemente sería preciso intervenirla otra vez para extirpar también el mioma. Por tal motivo, la paciente da su visto bueno y es cuando se firma el único consentimiento informado, que recoge la quistectomía y miomectomía, así como la ligadura de trompas.

En la ficha técnica de la paciente en el Servicio de Ginecología o en la del Servicio de Anestesia hay referencia alguna a que la paciente haya manifestado tener antecedentes personales o familiares de trombosis. En todo caso, la intervención se lleva a cabo el 4 de septiembre y se realiza la quistectomía y la miomectomía, sin que llegue a practicarse la ligadura de trompas, sin que en ese momento se conozca el motivo por el que ésta no se realizó.

Una vez practicada la intervención, la paciente pasa a planta en la Clínica S.C., donde está hasta el día 8 de septiembre, en que recibe el alta.

En el historial clínico no hay constancia de que la paciente haya referido ningún dolor anormal, salvo las molestias lógicas de una intervención quirúrgica.

Igualmente es de destacar que, en la historia clínica, las propias enfermeras de la Clínica S.C. no hacen referencia a ningún dolor anormal expresado por la paciente. Así, es de destacar que, en dicho historial clínico y entre el día 4 y el 8 de septiembre, se hacen por las enfermeras del Servicio 14 apuntes diferentes y en ninguno de ellos se hace constar que la paciente haya referido ningún dolor extraordinario, ni tan siquiera que se quejara de cualquier tipo de molestia fuera de lo normal.

Por tanto, todo el proceso postoperatorio, hasta su alta, fue absolutamente normal, sin que la paciente refiera ningún dolor en la pierna derecha.

B. El informe del Servicio de Inspección, tras el relato de los antecedentes, indica:

La consulta de 31 de marzo de 2006 en el Servicio de Ginecología se corresponde con un control rutinario no originada por referencia a dolor en FID. La primera referencia al dolor que se refleja en la historia clínica es en fecha 4 de mayo de

2006, efectuándose inicialmente interconsulta a Cirugía y posteriormente en junio a Ginecología.

Después de los estudios pertinentes, diagnosticada de mioma uterino y de quiste de ovario, la primera opción de la paciente, en fecha 14 de julio de 2006, fue someterse únicamente a la extirpación del quiste de ovario vía laparoscópica. Por este motivo se cumplimenta por el especialista el documento CC5, a fin de solicitar intervención en la C.S.C. para realizar quistectomía o anexectomía vía laparoscópica.

En nueva cita en fecha 30 de agosto de 2006, expresa el Ginecólogo que argumenta a la paciente la conveniencia de extirpar en el mismo acto no solo el quiste de ovario, sino también el mioma. En esta fecha la reclamante firma el único consentimiento informado que consta en la historia clínica para la citada intervención en el que se recoge miomectomía + quistectomía ovárica + LT bajo la técnica laparotomía.

Finalmente se efectúa en fecha 4 de septiembre de 2006 quistectomía y miomectomía por la vía consentida, sin más.

Previo a la intervención quirúrgica la reclamante no expone en la consulta de ginecología antecedentes de interés personales o familiares. No relata el cuadro de edema en miembros inferiores tratado por el médico de Atención Primaria en febrero de 2006, que podría ser compatible con insuficiencia venosa.

Durante la estancia en la C.S.C. en el período 4-8 de septiembre de 2006 no se recoge que la paciente manifestara dolor en miembro inferior derecho.

Se desconoce si la paciente, aunque no se le indicó, continuó en reposo prolongado en su domicilio después del alta en fecha 8 de septiembre de 2006.

En este contexto manifiesta en fecha 13 de septiembre de 2006 cuadro de TVP poplíteo y distal en miembro inferior derecho. Es tratada durante 6 meses con Sintrom, que se suspende en fecha 26 de abril de 2006.

Como factores de riesgo de TVP se han descrito, entre otros, las intervenciones en la cavidad abdominal y el reposo prolongado.

Quizás la falta de información sobre antecedentes llevó a la no indicación de medidas profilácticas como la deambulacion precoz, el uso de medias elásticas o la prescripción de HBPM.

Se desconocen las razones por las que la reclamante relaciona los trastornos en el ritmo cardiaco, por el cual está en estudio, con el cuadro de TVP padecido en el

año 2006. El síndrome de preexistencia es una anomalía que se caracteriza por la presencia de alteraciones en la conducción auriculoventricular, es decir, por desviación de la secuencia natural de difusión hacia los ventrículos de los eventos auriculares; lo común es que sea consecuencia del funcionamiento de una conexión A-V anómala.

En relación al período de IT, se inicia motivado por el cuadro ginecológico, la intervención quirúrgica requirió un período de incapacidad laboral. El cirujano vascular informa sobre la incorporación en fecha 3 de noviembre de 2006, con posterioridad se describe patología de hombro derecho por la que efectúa rehabilitación hasta 22 de junio de 2007 y estudios de cardiología.

De lo expuesto y en consideración a la falta de medidas profilácticas, sólo serían indemnizables las secuelas postflebíticas descritas por el especialista como “algo de síndrome postflebítico”: 9 puntos tomando como referencia la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de los seguros privados.

Cuantía en año 2006: 704,14 euros x 9= 6.337,26 euros.

Cuantía actualizada a 2009: 6.723,83 euros.

V

1. En la Propuesta de Acuerdo se estima que procede indemnizar a la reclamante por las secuelas postflebíticas, en los términos señalados por el Servicio de Inspección, debido a que se ha acreditado en el expediente que a la paciente no se le pautaron medidas preventivas necesarias en aras a evitar la posibilidad de sufrir una trombosis venosa, como de hecho aconteció.

La declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración por este motivo resulta conforme a Derecho, pues el relato de los hechos evidencia que, al margen de que la paciente relatara o no los antecedentes familiares o el sufrimiento de edemas en miembros inferiores, lo cierto es que, entre los factores de riesgo, como señala aquel mismo informe, se encuentran las intervenciones en la cavidad abdominal y el reposo prolongado, situación ésta última que hacían necesario que a la paciente se le hubieran pautado las medidas profilácticas adecuadas.

Procede a estos efectos precisar que la determinación de la responsabilidad patrimonial exige analizar si la actuación médica practicada se ha ajustado o no a la

lex artis, teniendo en cuenta que, de acuerdo con doctrina jurisprudencial reiterada, a la Administración sólo le es exigible el uso y disponibilidad de las técnicas y medios sanitarios en función del conocimiento de la ciencia médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple existencia del daño, puesto que, en definitiva, lo que se resuelve en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea siempre beneficioso para el paciente (SSTS de 16 de marzo de 2005; 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007 y 25 de septiembre de 2007, entre otras). En el mismo sentido, también reiteradamente ha manifestado este Consejo en diversos Dictámenes (entre ellos, 67/1996, 58/1998, 130/2002) que el funcionamiento del servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

En definitiva pues, la obligación de los servicios sanitarios es una obligación de medios, de tal forma que la adecuación de la actuación sanitaria a la *lex artis* exige que se hayan utilizados todos aquellos que sean requeridos de acuerdo con la patología presentada; lo que no ha acontecido en el presente caso, dado que a la paciente no se pautó tratamiento alguno en aras a evitar la aparición de la tromboflebitis, siendo una de las complicaciones posibles de la intervención practicada.

2. La reclamante plantea en su reclamación, además, otras deficiencias en la actuación sanitaria que se le prestó sobre las que no existe expreso pronunciamiento por la Administración.

En este sentido, aun siendo pertinente en principio que éste se produjera en una terminación ordinaria del procedimiento, ha de tenerse en cuenta que la interesada, ante la Propuesta de Acuerdo de terminación convencional, y aunque mantiene su criterio sobre las cuestiones planteadas sobre tal asistencia, admite sus términos en relación no sólo con la cantidad que se propone como indemnización, sino también la fundamentación de la misma, limitándose la causa de responsabilidad administrativa a la concreta producción de la TVP.

En este orden de cosas, pues, no cabe que este Organismo se pronuncie sobre unas cuestiones sobre las que no se pronuncia la Administración y que, en lo fundamental, viene a admitir la interesada.

3. Por lo que se refiere a la valoración del daño, referida concretamente a la TVP sufrida, se considera adecuada la cantidad propuesta por la Administración y que ha sido aceptada por la interesada. Se ha basado su cálculo en el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas por motivo de accidentes de circulación, cuya utilización ha sido admitida, si bien con carácter orientativo, por el Tribunal Supremo en el ámbito sanitario. La cantidad fijada contiene además la actualización a que se refiere el art. 141.3 LRJAP-PAC.

En todo caso, aceptada por la interesada la Propuesta de Acuerdo indemnizatorio en los términos expuestos a la misma, máxime observando su escrito de contestación para convenir la terminación del procedimiento, ha de entenderse que renuncia a cualquier otra pretensión indemnizatoria respecto a la asistencia sanitaria que trae causa, incluyendo las otras alegaciones sobre la cuestión planteadas en su reclamación.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Acuerdo analizada se ajusta al Ordenamiento Jurídico, debiéndose indemnizar a la reclamante en la forma expuesta en el Fundamento IV.5.