



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N   7 6 7 / 2 0 1 0

(Sección 1ª)

La Laguna, a 20 de octubre de 2010.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, tramitado ante la reclamación de indemnización, formulada por C., N., J.M., F.J. y A.O.H., hijos de la paciente fallecida C.H.P., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 723/2010 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. Mediante escrito de 30 de agosto de 2010, con registro de salida el día 6 de septiembre y entrada en este Consejo el 15 de septiembre de 2010, la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias solicita de este Consejo, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por R.D. 429/1993, de 26 de marzo, Dictamen preceptivo por el procedimiento ordinario respecto a la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por reclamación de indemnización por daños derivados del fallecimiento de C.H.P., madre de las reclamantes, a consecuencia de un tromboembolismo pulmonar (TEP) causado por la inaplicación del tratamiento adecuado (anticoagulantes) tras la intervención de varices a la que aquélla se sometió, así como por ignorar los síntomas de TEP que presentó la paciente tras el alta.

No obstante, en el escrito de reclamación o en posteriores las reclamantes no han concretado el *quantum* indemnizatorio. Al respecto, se señala que en el trámite

---

\* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

de mejora de solicitud los mismos manifestaron que en su momento concretarían la valoración del daño una vez se emitiera “informe médico pericial por un médico especialista”, que no fue aportado a las actuaciones.

2. La Propuesta de Resolución culmina un procedimiento administrativo en el que, con carácter general, se han aplicado las previsiones de índole legal y reglamentaria de esta clase de procedimiento, con los defectos apreciados al respecto en Dictámenes precedentes en esta materia, especialmente el incumplimiento del plazo para resolver sin justificación al respecto, habiendo vencido hace tiempo.

La reclamación ha sido interpuesta por las personas legitimadas para ello, hijas de la fallecida, y por ello titulares de un interés legítimo [art. 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC], como lo tiene asimismo el cónyuge, de persistir el vínculo, que, sin embargo, no ha comparecido a las actuaciones, desconociéndose el motivo y debiendo determinarse el mismo en defensa de su derecho, al conocer la Administración su existencia.

La reclamación ha sido interpuesta dentro del preceptivo plazo de un año que dispone el art. 4.2.2º párrafo RPAPRP, pues el fallecimiento tuvo lugar el 24 de septiembre de 2006 y la reclamación tuvo entrada en el Registro General del Servicio Canario de la Salud el 20 de junio de 2007.

La reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo que dispone el art. 6.2 RPAPRP, constando la realización de los actos necesarios -con las incidencias que se dirán- para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP). Especialmente, consta el preceptivo Informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado presuntamente la lesión indemnizable, que es el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Centro sanitario H. (art. 10.1 RPAPRP); la realización del trámite probatorio, básicamente documental, imperfectamente realizado, como veremos posteriormente (art. 9 RPAPRP); y la apertura del trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), al que la parte no compareció.

El procedimiento concluye con la debida Propuesta resolutoria, que desestima la reclamación, informada de conformidad por el Servicio Jurídico [art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado por Decreto 19/1992, de 17 de febrero].

## II

En orden al análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, resulta pertinente traer a colación el relato de los hechos del caso.

C.H.P., madre de las reclamantes, en lista de espera para tratamiento quirúrgico por varices en ambas piernas, es derivada el 8 de septiembre de 2006 al H.T. para ser sometida a dicha operación, que tuvo lugar el día 9 realizándose ("safenectomía parcial, con ligadura de colaterales, sin complicaciones, siendo aplicado vendaje compresivo y profilaxis de TEP con HBPM", sin complicaciones), siendo dada de alta a las 14 horas del mismo día, aunque en el tratamiento post-operatorio se presentaron complicaciones que las reclamantes atribuyen a la *mala praxis*.

En este sentido, se le realizaron a la paciente una serie de recomendaciones que según los reclamantes "fueron seguidas al pie de la letra", y se le pautaron "analgésicos", pero "en ningún momento, ni de forma verbal ni de forma escrita, la necesidad de usar medicamentos anticoagulantes orales o inyectados", que sí le fueron administrados como "parte del tratamiento de profilaxis del TEP", es decir, antes de la intervención.

Precisamente, en la revisión del 15 de septiembre tampoco se le indicó a la paciente la necesidad de tomar medicamentos anticoagulantes, pese a sufrir una insuficiencia respiratoria por gripe, siendo controlada al respecto por el médico de Atención Primaria.

Posteriormente, ante la persistencia de la tos seca, se acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital H. el 24 de septiembre del 2006, teniendo disnea de medianos esfuerzos y diagnosticándole una bronquitis aguda, siendo tratada con antibióticos y analgésicos, produciéndose el fallecimiento ese mismo día tras ser llevada nuevamente a Urgencias, por parada cardiorrespiratoria generada por "posible TEP".

En este sentido, se alega que el TEP consiste en la obstrucción de la circulación arterial pulmonar por un émbolo procedente, en la mayoría de los casos (95%), del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores, "siendo los factores de riesgo la insuficiencia cardíaca congestiva, el infarto de miocardio y la insuficiencia venosa crónica". Así, concurriendo aquí las circunstancias referidas, no fueron tenidas en cuenta por los facultativos que atendieron a la paciente, lo que constituyó

una “omisión médica grave”, que se relaciona causalmente” con el paro cardíaco que ocasionó la muerte de la paciente”.

### III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al considerar que la actuación de los servicios sanitarios no se concretó en un riesgo específico para ser calificada de antijurídica, pues no se produce violación de la *lex artis* médica en el tratamiento de la patología. La Propuesta basa su argumento desestimatorio en el Informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que se apoya a su vez en la información proporcionada por el Servicio.

Así, el 24 de septiembre de 2006, a las 12:19 horas, la paciente acudió al centro sanitario H. “por cuadro de 15 días de tos seca sin fiebre y disnea de medianos esfuerzos, practicándose radiografía de tórax, sin hallazgos, y analítica que objetiva leucocitosis. Con el diagnóstico de bronquitis aguda, se pauta antibioterapia”. El mismo día, a las 19:27 horas, tras parada cardiorrespiratoria recuperada, ingresa nuevamente en el H.T., donde sufre nueva parada cardiorrespiratoria y fallece, a pesar de las medidas de reanimación aplicadas, a las 19:51 horas, por “posible tromboembolismo pulmonar. Paro cardíaco”.

Sin embargo, se estima no vulnerada la *lex artis* porque “en el consentimiento informado figura la trombosis venosa como complicación del procedimiento quirúrgico, tanto durante el acto como en los días siguientes al mismo”. No obstante, la paciente era de “bajo riesgo para TEP”, como resulta de las categorías de riesgo de enfermedad tromboembólica que se relacionan en los folios 49 y 50 de las actuaciones y de las que resulta la aplicación de tratamiento farmacológico en los casos de riesgo moderado y elevado, mientras que en los pacientes de riesgo bajo, como la afectada, la profilaxis es “mecánica” (vendaje compresivo y deambulación al alta según tolerancia). Así, a la paciente se le “aplicó tratamiento profiláctico farmacológico” -antes de la intervención- y “mecánico”, después de la intervención.

Por otro lado, la duración de la profilaxis tromboembólica depende del riesgo de cada paciente, pero “con carácter general” se mantiene “hasta la deambulación del paciente”. En este caso, la paciente “caminaba al alta hospitalaria, la indicación de reposo es relativa, lo indicado era la deambulación sin forzar, según tolerancia”. Es más, como “no había clínica de sospecha de tromboflebitis (...) es correcto no prescribir fármacos, pues al deambular “la bomba muscular actúa también de

profilaxis mecánica"; "la técnica de anestesia regional disminuye aún más el riesgo tromboembólico cuando se suma a las medidas anteriores"; la clínica de la enfermedad tromboembólica venosa "fue silente"; y su primera manifestación "pudo ser un tromboembolismo pulmonar fatal, por otra parte como diagnóstico de presunción, no confirmado".

No concurría, pues, "algún factor de riesgo, a excepción de la propia intervención quirúrgica".

En el Informe emitido por el Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular del Centro H.T. se aduce que "la intervención realizada (...) fue una safenectomía parcial, lo que significa que, al no tocar el denominado cayado de la safena, el riesgo de trombosis venosa profunda y por ende de tromboembolismo pulmonar, es mínimo". El tratamiento con heparina, al irse la paciente "caminando por su propio pie", tampoco estaba indicado. En cuanto a la primera asistencia en el Servicio de Urgencias, existía la posibilidad diagnóstica de que se tratase de una "infección pulmonar" y "el tromboembolismo pulmonar mortal es una complicación excepcional en este tipo de intervenciones, máxime cuando se ha hecho profilaxis con heparina de bajo peso molecular y movilización precoz".

## IV

1. Sobre la información antedicha, vital como se dijo, para fundar la desestimación propuesta, han de hacerse las siguientes observaciones, que contribuyen a explicar, además, el sentido del presente Dictamen.

**A. El consentimiento informado.** En el impreso de consentimiento informado para el tratamiento quirúrgico pautado se menciona a las "trombosis venosas" como una de las posibles complicaciones que pueden presentarse, incluso después de la operación efectuada. En todo caso, se trataba de una paciente de bajo riesgo de enfermedad tromboembólica, por lo que la trombosis venosa quedaba prácticamente descartada y, por eso, no procedía pautarle heparina postoperatoria, sino preventiva. Pero lo cierto es que la tromboflebitis se produjo, plasmándose el riesgo informado, de modo que resulta esencial determinar la procedencia del tratamiento postoperatorio a partir de la clínica o características individualizadas de la paciente.

**B. Los síntomas de la paciente.** Se aduce que la paciente era de riesgo bajo de TEP, pero era conocida la posible complicación de trombosis, tras la intervención. Precisamente, en la revisión de 15 de septiembre consta que tenía insuficiencia

respiratoria achacada a gripe por el médico de Atención Primaria que la atendió. Es más, persistiendo tos seca, acude nuevamente al Servicio de Urgencias del H.T. el 24 de septiembre del 2006 con disnea de medianos esfuerzos, pero le fue diagnosticada bronquitis aguda, con el tratamiento correspondiente, falleciendo ese mismo día al sufrir paro cardíaco por posible TEP.

Pues bien, según la literatura médica, los síntomas de TEP dependen de la magnitud del territorio del órgano afectado por la falta de irrigación y el estado funcional respiratorio previo del paciente, aunque los más frecuentes y de constante manifestación son disnea y taquicardia, a la que puede agregarse taquipnea y fiebre y, a la auscultación, frote pleural y sibilancias, mientras que el dolor torácico de tipo pleurítico está presente en la mitad de los casos y la tos, hemoptisis, broncoespasmo y colapso periférico son menos comunes.

Es decir, la paciente comenzó a tener síntomas de TEP, secundario a trombosis venosa, que era la complicación reconocida por el Servicio en relación con la intervención a practicar y presentable tras ella, aunque fuese de riesgo bajo, en todas y cada una de las ocasiones en que acudió a ser atendida. Así, pese a presentarse los mismos en creciente cantidad y calidad o conocido el antecedente de operación con ese riesgo, ningún facultativo reparó que tal conjunción podía indicar o hacer sospechar trombosis y TEP. Así, aunque pudiera inicialmente considerarse la posibilidad de gripe, con eventual evolución a bronquitis, si hubiere similitud plena de síntomas, en la primera asistencia posterior o al menos en la mañana del día del fallecimiento, debió ser sometida a pruebas para descartar la segunda de las alternativas, por ser de riesgo vital. Lo que se observa en relación con la obligación esencial del servicio público sanitario de aportación de los medios que han de disponerse, estando sin duda disponibles en el SCS, para el tratamiento de esta enfermedad y que son apropiados al caso, como sin duda lo son.

En la instrucción esta circunstancia no se toca y mucho menos se descarta y tampoco puede investigarse la cuestión a la luz de la historia clínica, incluyendo la evaluación de las radiografías de tórax que se dicen hechas, pues resulta que, inadmisiblemente, no existe constancia de dicha historia informatizada o en papel en el Centro. Circunstancia que genera, en sí misma, responsabilidad y, eventualmente, daño indemnizable, habida cuenta de que esta pérdida genera indefensión a la afectada y sus causahabientes, desapareciendo un medio probatorio esencial en este caso que genera indiscutible perjuicio a los interesados.

C. *La causa de la muerte.* Aunque hipotéticamente, siendo la clínica inicial silente sobre trombosis, pudo ser la primera manifestación de ésta el TEP, pero los síntomas existentes y el riesgo reconocido de aparecer tras la intervención, no estando acreditada alguna otra fuente de riesgo, permiten descartarlo. Y tampoco puede admitirse, sin demostración suficiente, la duda planteada en la Propuesta de que pudo no producirse el TEP al mencionarse en el informe como causa del paro cardiorrespiratorio fatal un posible tromboembolismo, pues tal informe se basa en hechos producidos en la atención sanitaria efectuada y que concuerdan con los síntomas y riesgo antedichos.

D. *Las recomendaciones al alta.* La Propuesta también usa en apoyo de su resuelvo las recomendaciones dadas a la paciente tras la intervención a la que fue sometida, coincidentes con su calificación de bajo riesgo de trombosis. Así, los informes emitidos sostienen que la profilaxis tromboembólica depende del riesgo de cada paciente y, en este caso, procedía la mecánica consistente en vendaje compresivo y deambulación tras el alta según tolerancia. Sin embargo, aun asumiendo tal procedencia, siempre sin perjuicio de lo antes expuesto sobre la asistencia efectuada y la obligación de medios, lo cierto es que según el informe de alta tal profilaxis no era exactamente esa, pues, aparte del vendaje, se recomendaba primero reposo y luego caminar, según tolerancia.

Esto es, de no haber tolerancia no se debía caminar, pero entonces el riesgo de trombo aumentaría y, además, ante todo se recomendaba reposo. Lo que, sin dar más explicación a la paciente, suponía que ésta podría entender que debía reposar y solo caminar si no le dolía; circunstancia que, sin embargo, incrementaba el referido riesgo, que tampoco se controlaba con heparina. Y, efectivamente, los reclamantes alegan que su madre cumplió la recomendación al pie de la letra al dar por supuesto que necesita el mayor reposo posible tras el tipo de intervención quirúrgica realizada, cuando lo procedente era, ante todo, deambular aunque fuese con cierto esfuerzo.

E. *Los informes no aportados.* A mayor abundamiento, no se aportan a las actuaciones instructoras los informes de los facultativos que atendieron a la paciente, especialmente quienes la asistieron tras la intervención. La justificación al respecto, a todas luces insuficiente, es que, en el primer caso y como ha informado el Jefe del Servicio sobre la operación, no es preciso que informe el facultativo

interviniente al pertenecer a tal Servicio, mientras que, en el segundo, el facultativo cesó su relación laboral con el Hospital.

Ciertamente, es posible y hasta pertinente disponer de la opinión del Jefe del Servicio que efectuó la operación, pero también lo es tener la del médico que operó y, dadas las circunstancias, sobre todo de quien hizo su revisión en el post-operatorio y de quienes la asistieron los días 15 y 24 de septiembre por la mañana, máxime cuando se ha perdido la historia clínica.

2. La Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, no es conforme a Derecho, existiendo a la vista de los datos disponibles en el expediente nexo causal entre el funcionamiento del servicio y el fallecimiento de la paciente. Así, ésta es una lesión que, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, se produce en el ámbito prestacional de dicho servicio y con ocasión de tal funcionamiento y que la afectada no tiene el deber jurídico de soportar, ni ha contribuido a producir con su conducta.

Y ello, al no efectuarse adecuadamente el control post-operatorio que se dice procedente y, en todo caso, al no atenderse correctamente a la paciente en la asistencia efectuada tras la operación en dos ocasiones, vistos los síntomas que presentaba y el riesgo de trombo tras aquella que le fue informado.

Por lo tanto, a las reclamantes -sin perjuicio de lo que se dijo respecto al cónyuge de la fallecida en el Fundamento I.2- les corresponde, conjuntamente, la indemnización que resulte de la aplicación con carácter orientativo de las Tablas de valoración contenidas en el Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro de Circulación de Vehículos a Motor, sin olvidar que el hecho ocurrió en el año 2006.

Debe de actualizarse esta cantidad dada la demora en resolver, en virtud de lo dispuesto en el art. 141.3 LRJAP-PAC.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, toda vez que ha quedado acreditada la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, debiéndose indemnizar a las reclamantes en los términos que han quedado expuestos en el Fundamento II.2.