Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 9 9 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 2 de diciembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 662/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 21 de octubre de 2024 (registro de entrada de fecha 22 de octubre de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), (...) y (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (149.393,12 euros) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

---

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. Los reclamantes, hijos y esposo de la fallecida, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], como familiares directos de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos del fallecido, en el Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así señalamos en el citado dictamen:

«La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizada que, integrado en su patrimonio, transmite luego mortis causa. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es ejercitable ex iure propio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una

disminución de ingresos o un desamparo económico para los supérstites y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.

En la presente reclamación, los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado» (Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020).

Por tanto, aplicada la citada doctrina al presente caso, los hijos y esposo de la fallecida están legitimadas exclusivamente por el daño moral que la muerte de su padre les ha causado.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, puesto que el fallecimiento se produce el día 26 de marzo de 2021 y la reclamación se presenta el 23 de marzo de 2022.

De modo que la reclamación se presenta dentro del plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, computado desde la determinación del alcance de las secuelas.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado con creces el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP. Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución

del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3 b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, podemos señalar los siguientes extraídos tanto de la Propuesta de Resolución, donde se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado por los reclamantes, como del propio escrito de reclamación:

- (...), de profesión Jubilada, titular del DNI número (...), nacida en fecha 2 de junio de 1952, falleció en fecha 26 marzo de 2.021.

- En fecha 26 de febrero 2.021 el Neurocirujano Dr. (...) tras una exploración, informó de antecedentes de riesgo cardiovascular alto, varices de extremidades inferiores y edemas maleolares y la diagnosticó de hernia de disco cervical con compromiso radiculomedular y déficit motor.

- El día 27 de febrero 2021 (...) ingresó en el Hospital de La Candelaria debido a un dolor intenso en la reglón mastoidea derecha que le provocaba limitación del movimiento del cuello.

- Tras la realización de pruebas, el 15 de marzo de 2021 se decide intervención quirúrgica de discectomía microquirúrgica C6-7 y artrodesis intersomática cervical C6-7 mediante sistema TMS (Zimmer).

- El 16 de marzo de 2021, enfermería informa del estado físico al alta, destacando varices y signos de insuficiencia arteriovenosa periférica de miembros inferiores (MMII). Causa alta el 17 de marzo de 2021, indicándose: Tratamiento habitual, acudir al Centro de Salud el 24 de marzo de 2021 para la retirada de material de sutura y control en consultas externas de Neurocirugía.

- El 19 de marzo de 2021, su marido acude al Centro de Salud por tensión elevada de (...) y le pautan Captoril 25mg y Alprazolam 0,5 mg.

- El 24 de marzo acude al Centro de Salud para que le retiren las grapas de la intervención.

- De los antecedentes personales de la paciente, destacan: Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, retinopatía diabética, cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda, gonartrosis, meniscopatía, tromboflebitis de MMII desde el año 2008 y safenectomía.

- El 26 de marzo de 2021, fallece (...) en su domicilio por insuficiencia cardiorespiratoria por tromboembolismo pulmonar.

- El día 28 de junio 2021 e1 Médico Forense Dr. (...) emitió las siguientes conclusiones:

Que se trata de una muerte natural.

Que la causa inmediata de la muerte es por una insuficiencia cardiorespiratoria, siendo la causa fundamental de la muerte por un trombolismo pulmonar.

Que la data del fallecimiento, según levantamiento médico forense, se sitúa sobre las 17:00 horas del día 26 de marzo 2021, en su domicilio, San Isidro, Granadilla de Abona.

- Tras dichas conclusiones los dicentes acuden al Dr. (...), Licenciado en Medicina y Cirugía, colegiado con el nº 38/5665 del Ilustre Colegio de Médicos de Tenerife, Master en Valoración del Daño Corporal, Cerebral y Discapacidades por la Universidad Europea de Madrid, quien después de haber estudiado la cuestión que se le somete a consulta, emite informe pericial en referencia al fallecimiento de (...), cuyas conclusiones son las siguientes:

1. La Señora (...) fue intervenida el 15 de marzo 2021 en el Hospital de La Candelaria realizándole discectomía microquirúrgica C6-7 y artrodesis intersomática cervical C6-7 mediante sistema TMS (Zimmer).

Fue alta hospitalaria el 17 de marzo 2021 indicándole su tratamiento médico habitual: Lorazepam 1mg, Metformina 850 mg, Olmesartan 20 mg., Amlodipino 5 mg, Hidroclorotiazida 12,5 mg, Omeprazol, Paracetamol, Toujeo, Trulicity.

2. La Señora ya presentaba antecedentes de riesgo cardiovascular alto con varices y signos ge insuficiencia arteriovenosa periférica de miembros inferiores el día del alta.

3. No se le pautó tratamiento médico con Heparina de bajo peso molecular con el riesgo cardiovascular alto lo cual produjo el Tromboembolismo pulmonar y el fallecimiento.

Los interesados alegan como fundamento de su acción resarcitoria, la existencia de infracción de la *lex artis* en el tratamiento médico pautado tras el alta hospitalaria, en concreto, alegan que no se pautó a la paciente el tratamiento

médico con heparina de bajo peso molecular, considerando el riesgo cardiovascular alto que padecía, lo que produjo el tromboembolismo pulmonar y fallecimiento.

Cuantifican la indemnización solicitada en 149.393,12 euros.

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento se inicia mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 23 de marzo de 2022, por (...), (...) y (...).

Junto con la reclamación se aportan los siguientes documentos:

- Informe de autopsia médico legal de médico forense (...), del Instituto de medicina legal de Santa Cruz de Tenerife, Servicio de Patología.

- Partes Médicos de bajas/incapacidad temporal de (...)

- Documentación clínica de Atención Primaria del SCS referida al estado de salud de (...)

- Informe Clínico Psicológico de (...)

- Informe Clínico Psicológico de (...).

2. Se requiere a la interesada a fin de que subsane y mejore la reclamación formulada, presentándose, con fecha de registro de entrada de 12 de abril de 2022, la documentación requerida.

3. Mediante Resolución del Director del SCS de 18 de abril de 2022, se admite la reclamación formulada y se solicitan los informes preceptivos y la historia clínica de la afectada.

4. El 16 de agosto de 2024 el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) remite la HC y los informes recabados:

- Informe del Jefe de Servicio de Neurocirugía del HUNSC de fecha 3 de junio de 2022.

- Informe del SIP de 16 de agosto de 2024.

5. Con fecha 20 de septiembre de 23024 se notifica a los interesados Acuerdo probatorio en el que se admite la prueba documental propuesta por los interesados, así como la incorporada al expediente recabada por el SCS.

6. Concluida la fase de instrucción del procedimiento se acordó, el preceptivo trámite de audiencia a los interesados.

7. El 4 de octubre de 2024, la interesada presenta escrito de alegaciones, manifestando su desacuerdo con el informe del SIP.

8. Con fecha 21 de octubre de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

9. No se solicita el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

10. Mediante oficio de 21 de octubre de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 22 de octubre de 2024, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias ex art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

IV

1. Con carácter previo al análisis de la cuestión de fondo, y, por ende, del examen de la concurrencia de los presupuestos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, resulta necesario efectuar una serie de consideraciones respecto a la tramitación del presente procedimiento administrativo.

Y es que, a la vista de la documentación remitida a este Consejo Consultivo, se constata la incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia, lo que impide la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo.

Para que surja la responsabilidad patrimonial es preciso que en la prestación sanitaria se haya vulnerado la *lex artis* y que exista relación causal entre ésta y el daño cuya indemnización se pretende, cuestiones que son eminentemente técnicas,

en cuanto pertenece al ámbito de la ciencia médica dilucidar si la asistencia sanitaria se prestó, o no, debidamente. Por ello es fundamental en este tipo de procedimientos recabar los informes pertinentes que permitan ilustrar al órgano administrativo que debe resolver sobre esa adecuación de la asistencia sanitaria a *lex artis*.

Pues bien, como hemos visto los reclamantes fundamentan su acción resarcitoria por responsabilidad patrimonial en que no se pautó a la paciente el tratamiento médico con heparina de bajo peso molecular, considerando el riesgo cardiovascular alto que padecía, lo que produjo el tromboembolismo pulmonar y fallecimiento.

Del contenido de la historia clínica podemos extraer la siguiente cronología de hechos relativos a la asistencia sanitaria por la que se ejercita la acción de responsabilidad patrimonial:

- (...) presentaba los siguientes antecedentes de interés: Diabetes Mellitus, hipertensión arterial benigna, retinopatía diabética no proliferativa moderada, riesgo cardiovascular alto, cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda, varices de extremidades inferiores, gonartrosis, meniscopatía, edemas maleolares.

En el año 2009 presentó edemas maleolares, edema en MID (miembro inferior derecho). Se prescribe Daflón, medicamento venotónico (aumenta el tono de las venas y la resistencia de los capilares), indicado para el alivio de los síntomas relacionados con la insuficiencia venosa leve de las extremidades inferiores, tales como dolor, sensación de pesadez, tirantez, hormigueo y picor en piernas con varices o piernas hinchadas.

En exploración de MMII el 4 de enero de 2010, no edemas ni signos de TVP (trombosis venosa profunda).

Retinopatía diabética en mayo de 2011. El 18 de septiembre de 2013 retinopatía diabética moderada exudados, microaneurismas y microhemorragias en AO.

Cuadro de lumbociática izquierda en marzo de 2012.

El 7 de mayo de 2015 RCV alto. Tengamos en cuenta que es paciente con Hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia.

El 12 de febrero de 2016 acude a su Médico de Familia por edemas vespertinos con fóvea en región pretibia. En estudio por cardiólogo privado se modifica el tratamiento de hipertensión arterial. Cardiopatía hipertensiva con hipertrofia

ventricular izquierda. Se relaciona los edemas con el tratamiento con amilodipino que se suspende.

- El 10 de febrero de 2021 acude a su Centro de Salud por presentar dolor en zona de trapecio bajo. Consta que fue vista en el Servicio de Urgencias hospitalarias y diagnosticada de cervicalgia e hipercifosis patológica dorsal. Se objetiva contractura muscular a nivel del trapecio izquierdo, muy dolorosa a la palpación, por lo que se prescribe analgesia.

A los dos días, el 12 de febrero de 2021 vuelve a acudir al centro de salud por persistencia del dolor no controlado con la analgesia. Se administra nolotil y enantyum IM y se explican signos de alarma.

- Ingresa en el periodo 26 de febrero a 17 de marzo de 2021 en el HUNSC - Servicio de Neurocirugía bajo el diagnóstico de hernia de disco cervical C6-7 con compromiso radiculomedular y déficit motor para tratamiento y completar estudio.

Desde su ingreso consta como antecedentes personales, entre otros: RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO (RCV), CARDIOPATIA HIPERTENSIVA CON HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA, VARICES DE EXTREMIDADES INFERIORES - NE, GONARTROSIS, MENISCOPATIA - NE, EDEMAS MALEOLARES.

- Consta en el ingreso en el Servicio de Neurocirugía del HUNSC que la paciente comienza con cervicobraquialgia izquierda de intensidad creciente. Refiere que desde enero ha presentado otalgia que precisó de gotas óticas y cefalea intermitente que ella nunca había tenido. Desde ayer presenta dolor intenso en región mastoidea derecha que le provoca limitación del movimiento del cuello. Además refiere disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo que le dificulta mantenerse de pie y deambular.

Se objetiva dolor intenso a la palpación de región mastoidea derecha que le provoca limitación del movimiento del cuello. Se realiza RMN de columna cervical donde se objetiva Hernia de disco cervical C6-7 con afectación radiculomedular y discopatías C4-5 y C5-6, TAC craneocerebral que es normal, y Estudio neurofisiológico con resultado de polineuropatía senstivo-motora con leve-moderado atrapamiento del nervio mediano.

- En las órdenes de tratamiento (folio 377 y 378) desde el 26 de febrero de 2021 aparece reflejado Enoxaparina 20 mg, subcutanea cada 24 horas y reposo en cama.

- El día 15 de marzo de 2021 es intervenida quirúrgicamente realizándose discectomía microquiúrgica C6-7 y artrodesis intersomática cervical C6-7 mediante sistema TMS (Zimmer).

En el check list preparación prequirúrgica (hay dos documentos distintos uno en el folio 370 y otro en el folio 372) existe un apartado correspondiente a la preparación del paciente el día de la intervención que dice «*si indica profilaxis antitrombótica. DOSIS:* (…) », está en blanco.

- En el postoperatorio se evidencia en los miembros inferiores varices y signos de insuficiencia arteriovenosa periférica. No edemas (informe de evolución de enfermería REA folio 402).

- El postoperatorio sin complicaciones y dada la evolución clínica favorable es dada de alta hospitalaria para continuar control ambulatorio. En el tratamiento al alta consta su tratamiento domiciliario habitual, acudir a su centro de salud el 24 de marzo de 2021 para retirada del material de sutura y control en consultas externas de Neurocirugía.

- El 19 de marzo de 2021 acude el esposo de la paciente al centro de salud solicitando tratamiento antihipertensivo. Refiere que su mujer se encuentra en reposo domiciliario porque ha sido intervenida de discopatía cervical; se encuentra nerviosa por la situación. Hoy toma de TA aleatoria presentado cifras elevadas de TA (190/86 mmHg con FC 90 lpm) - niega cefalea, dolor torácico, palpitaciones u otra sintomatología de alarma. Refiere que no puede traerla al centro porque se encuentra dolorida y haciendo reposo.

- El 24 de marzo de 2021 acude al centro de salud para la retirada de las grapas.

- Fallece el 26 de marzo de 2021 a las 17 horas. Según informe de autopsia emitido por el Médico Forense la causa inmediata de la muerte fue la insuficiencia cardio-respiratoria aguda, siendo la causa fundamental de la muerte un tromboembolismo pulmonar.

Por tanto, la cuestión que se suscita en este caso, es si en el caso concreto de esta paciente, teniendo en cuenta sus antecedentes personales (consta varices en miembros inferiores, insuficiencia venosa crónica) y el tipo de intervención realizada se debió indicar profilaxis antitrombótica, tras el alta hospitalaria.

En la fase de instrucción del procedimiento se solicitaron y se emitieron los siguientes informes, con el siguiente contenido:

A) Informe del Jefe de Servicio de Neurocirugía del HUNSC de fecha 3 de junio de 2022. Este informe es preceptivo, de conformidad con lo dispuesto en el art. 81.1 LPACAP, al servicio cuyo funcionamiento ha ocasionado la presunta lesión indemnizable.

Pues bien, dicho informe se limita a indicar lo siguiente:

Según consta en hoja de prescripción la paciente estuvo en tratamiento con heparina de bajo peso molecular durante su ingreso hospitalario.

Según consta en listado de verificación de seguridad en cirugía (checklist) se realizó profilaxis de enfermedad tromboembólica.

Según consta en comentarios clínicos la paciente no presento trastorno de movilidad relevante por lo que no existe indicación al alta de continuar tratamiento con heparina, como consideró el facultativo responsable del caso (Dr. (…)).

Resulta evidente que el escueto y parco informe emitido por el Servicio de Neurocirugía del HUNSC es absolutamente insuficiente para ilustrar al órgano de que debe resolver y a este Consejo que debe dictaminar, sobre valoración de la asistencia sanitaria en cuanto a su conformidad o no a la *lex artis ad hoc*, limitándose a señalar, mínimamente, lo que aparece reflejado en la historia clínica sobre el tratamiento con heparina, y que al no presentar trastorno de movilidad relevante no había indicación de continuar con dicho tratamiento.

B) Por su parte el Informe del SIP concluye:

«La enfermedad tromboembólica alude a un proceso que se caracteriza por la formación de trombo en el interior del sistema venoso profundo (TVP). En el proceso evolutivo de este trombo puede producirse el desprendimiento de un fragmento que trasladándose por el sistema venoso profundo se enclave en el árbol arterial pulmonar, dando lugar a tromboembolismo pulmonar (TEP). Ambos cuadros, íntimamente relacionados, constituyen la entidad patológica denominada enfermedad tromboembólica venosa (ETEV).

Se han descrito como factores de riesgo la edad, encamamiento prolongado, enfermedad tromboembólica previa, tratamiento estrogénico, embarazo y puerperio, obesidad, varices, fracturas, marcapasos, cirugía mayor, alteración en factores de coagulación, tratamiento oncológico, etc

El procedimiento quirúrgico no consistió en un procedimiento de cirugía ortopédica, sino uno de neurocirugía, con complicaciones totalmente diferentes. Si bien en la cirugía ortopédica aumenta el riesgo trombótico, en este caso se trata de paciente de neurocirugía. Se tiene que sopesar el riesgo de desarrollar una TVP clínicamente significativa con el riesgo

de un sangrado en el postoperatorio inmediato y la posible formación de un hematoma epidural. La cirugía espinal se incluye en los procedimientos en los que las complicaciones hemorrágicas pueden tener consecuencias graves. Se añade que al alta tenía posibilidades de movilización por lo que el riesgo trombótico disminuye, pero no así el de hemorragia, que persiste durante unos 5 días.

En cualquier caso la administración de heparina no elimina por completo el riesgo de trombosis y además el sangrado postoperatorio es la principal complicación de la profilaxis farmacológica, que debe ser tenido en cuenta antes de decidir la profilaxis.

En el presente caso encontramos como factores de riesgo personal el antecedente de varices (ponderado con 1 puntos en la estratificación de Caprini) e intervención quirúrgica. Destacar que durante el ingreso se describe deambulación por parte de la paciente, y que al alta no hay indicación de reposo absoluto o encamamiento de larga duración. Precisamente teniendo en cuenta el factor de riesgo se le indicó profilaxis antitrombótica durante el ingreso hospitalario -enoxaparina, heparina de bajo peso molecular-. En el checklist (listado de verificación de seguridad en cirugía consta que se realizó profilaxis de enfermedad tromboembólica. No se encontraron motivos para prolongar la anticoagulación después del alta (posibilidad de deambular).

5. Se describe como causa más frecuente del TEP la TVP. No presentó en días previos al diagnóstico de TEP solicitud de asistencia por aquel evento.

Así, el 24 de marzo de 2021 acude la paciente al Centro de Salud para retirada de grapas. No constan signos de sospecha de TVP (dolor e inflamación en MMII (a menudo la pantorrilla), edema, cianosis o tumefacción en la extremidad con signo de Homans positivo o de TEP (disnea, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardíaca, dolor agudo en tórax, tos seca con esputo hemoptoico, síncope (…))».

De acuerdo con lo informado por el SIP la paciente tenía factores de riesgo de enfermedad de tromboembólica venosa (ETEV), como son la presencia de varices y signos de insuficiencia arteriovenosa periférica que se evidencian en el propio ingreso hospitalario.

Según el informe del SIP la paciente al alta tenía posibilidades de movilización por lo que el riesgo trombótico disminuye, no obstante, en el informe de alta del Servicio de Neurocirugía que obra en la historia clínica (folios 395 y 396), no se especifica nada en relación con la posibilidad de deambulación. En cambio, en el documento relativo a las Ordenes de tratamiento (folio 377 y 378) aparece reflejado reposo en cama, entendido este durante el ingreso hospitalario. Por otra parte, consta en la historia de Atención Primaria que el esposo de la paciente, tras el alta hospitalaria, acude al Centro de salud el 19 de marzo de 2021, para solicitar tratamiento antihipertensivo y refiere que su mujer se encuentra en reposo

domiciliario. Por tanto, existen dudas sobre la indicación que se dio a la paciente sobre el reposo o la posibilidad de movilización, puesto que esta indicación no quedó reflejada en el informe de alta.

En cualquier caso, también se plantea una cuestión importante, y es la relativa a la necesidad o no de pautar heparina en caso de que el paciente pueda deambular, es decir, si la posibilidad de movilización del paciente implica que no es necesario la administración de heparina.

En consecuencia, podemos concluir que el informe de Neurocirugía no se pronuncia de manera motivada sobre las cuestiones controvertidas, y en el informe del SIP existen cuestiones que es necesario esclarecer, por ello se considera que se ha producido una insuficiencia de actos de instrucción necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los hechos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución conforme al art. 75.1 LPACAP, y con los medios probatorios desplegados en la fase de instrucción, este Consejo Consultivo no puede pronunciarse sobre las cuestiones de fondo sometidas a Dictamen, por lo que se considera necesario retrotraer el procedimiento, para recabar los siguientes documentos:

- Informe de Especialista en Neurocirugía de otro centro hospitalario distinto al que ha prestado la asistencia sanitaria por la que se reclama la responsabilidad patrimonial, que deberá pronunciarse sobre las siguientes cuestiones:

La tromboprofilaxis en procedimientos de neurocirugía, qué establecen las Guías de Prácticas clínicas al respecto.

La necesidad de pautar profilaxis antitrombótica tras el alta hospitalaria, según las guías y protocolos clínicos aplicables para este tipo de cirugías y teniendo en cuenta los antecedentes de esta paciente.

Si existían factores de riesgo de enfermedad tromboembólica en esta paciente.

Es necesario, por tanto, que se pronuncie sobre la indicación de tratamiento antitrombótico (heparina) tras la cirugía cervical como prevención de trombosis venosa profunda, y, en particular en el caso de esta paciente.

Por otra parte, deberá pronunciarse sobre la cuestión suscitada relativa a si la posibilidad de movilización y deambulación del paciente tras el alta excluye la necesidad de pautar profilaxis antitrombótica, o por contra, es posible la indicación de tratamiento antitrombótico aunque el paciente pueda deambular.

Finalmente, debe informar sobre el porcentaje de probabilidad de producirse una trombosis venosa a pesar del tratamiento con heparina según la literatura médica más reciente.

- Informe complementario del SIP que deberá aclarar las siguientes cuestiones:

En qué parte de la historia clínica se refleja que la paciente, tras el alta, se le indicara la posibilidad de movilización y deambulación. Que se aclare, además, la aparente contradicción entre esta frase del informe que dice: «*Destacar que durante el ingreso se describe deambulación por parte de la paciente»* con las órdenes de tratamiento del Dr. (...) durante el ingreso que obra en el folio 378 que dice *«reposo en cama».*

En el informe del SIP se dice: *«En el checklist consta: medidas de prevención de TEP. Entre otros, ¿Se ha indicado profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa según protocolo? SÍ»*. Y en conclusiones se dice: *«En el checklist (listado de verificación de seguridad en cirugía) consta que se realizó profilaxis de enfermedad tromboembólica».*

En cambio, consultada la historia clínica aparece el check list preparación prequirúrgica (hay dos documentos distintos uno en el folio 370 y otro en el folio 372), apartado correspondiente a la preparación del paciente el día de la intervención que dice *«si indicada profilaxis antitrombótica. DOSIS: (...)* », está en blanco y lo que está marcado con una X es «*medias de prevención de TEP si está indicado*». Por tanto, es necesario que se indique el folio de la historia clínica donde figura el check list en el que aparece la indicación de profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa.

En el propio informe del SIP se señala que la paciente tenía factores de riesgo de enfermedad de tromboembólica venosa (ETEV), como son la presencia de varices y signos de insuficiencia arteriovenosa periférica, que se evidencian en el propio ingreso hospitalario, así señala el SIP: *«En el presente caso encontramos como factores de riesgo personal el antecedente de varices (ponderado con 1 puntos en la estratificación de Caprini) e intervención quirúrgica»,* pero concluye que, a pesar de ello, como al alta no hay indicación de reposo absoluto o encamamiento de larga duración *no se encontraron motivos para prolongar la anticoagulación después del alta (posibilidad de deambular).* Por tanto, el SIP considera que lo relevante es la posibilidad de deambulación. Se solicita que aclare si la posibilidad de deambulación excluye la necesidad de pautar profilaxis antitrombótica, según las Guías de Práctica clínica y según los antecedentes de la paciente.

- Finalmente, en la reclamación de responsabilidad patrimonial se hace referencia y se transcribe parte de un informe pericial en referencia al fallecimiento de (...), emitido por el Dr. (...), Licenciado en Medicina y Cirugía, colegiado con el n.º 38/5665 del Ilustre Colegio de Médicos de Tenerife, Master en Valoración del Daño Corporal, Cerebral y Discapacidades por la Universidad Europea de Madrid. Sin embargo, no se aporta el indicado informe pericial, de modo que deberá requerirse a los reclamantes su aportación.

Por tanto, la incertidumbre en torno a alguno de los extremos atinentes al caso, en aras a garantizar los derechos de los interesados, resultará necesario requerir al SCS la emisión de los indicados informes que, en el supuesto sometido a nuestra consideración, habrán de pronunciarse, en línea con lo ya señalado.

2. Después de todo ello, dado que los informes solicitados tienen por objeto información médica relativa a la cuestión de fondo fundamental en este asunto, se le otorgará el trámite de vista y audiencia al interesado y, tras ello, se emitirá una nueva Propuesta de Resolución que será objeto del preceptivo dictamen de este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina no conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, pues es necesario retrotraer las actuaciones por los motivos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.