



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 3 9 / 2 0 1 3

(Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de diciembre de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado ante la reclamación de indemnización formulada por A.P.D.C., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 468/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el 7 de noviembre de 2013 (Registro de entrada de 15 de noviembre de 2013) es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia de este Consejo y la preceptividad del Dictamen según los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de A.P.D.C., al pretender el resarcimiento de un daño que ha sufrido en su esfera personal como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a su hijo, F.A.D.

* PONENTE: Sr. Lorenzo Tejera.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LPAC y 4.2 RPRP, pues la interesada interpuso aquel escrito el 7 de noviembre de 2009 ante la Subdelegación del Gobierno de Canarias, si bien, con anterioridad había presentado reclamación ante el ODDUS, en relación con un hecho producido el 26 de abril de 2009, fecha en la que se produce el fallecimiento de F.A.D.

3. 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 artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 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, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 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.

III

1. El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según el escrito de reclamación, por la supresión del tratamiento con el medicamento denominado Sintrom que había sido prescrito a F.A.D., hijo de la reclamante, después de un infarto de miocardio con trombosis intracardiaca.

Se argumenta en la reclamación: *"(...) la finalidad del medicamento, la acción terapéutica que se pretende alcanzar con la ingestión del anticoagulante, no es tanto una acción curativa como preventiva de la formación, una vez más, de trombos, en pacientes que ya han evidenciado su propensión a la formación; es decir que como tal tratamiento preventivo no debe administrarse una vez que aparezca la enfermedad sino en evitación de ella, por lo que, debió mantenerse en el paciente ahora fallecido, para evitar precisamente lo que acabó con su vida.*

Por ello el hecho de que ante la inexistencia de imágenes de trombos intracardiacos se retirara el medicamento, sin tener en cuenta la finalidad preventiva, y que además se le retirara de un modo brusco, evidencia la relación causal entre la muerte del paciente y la mala praxis médica”.

Se solicita una indemnización de 97.000 euros, cuantificada a lo largo del procedimiento, por los daños morales sufridos.

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 28 de diciembre de 2009 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud. Tras recibir notificación de ello el 5 de enero de 2010, aquélla vendrá a aportar lo solicitado el 19 de enero de 2010.

- Por Resolución de 21 de enero de 2010 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación de la interesada.

De este trámite recibe notificación la interesada el 3 de febrero de 2010. Asimismo, se le notifica el 4 de febrero de 2010 al Hospital San Juan de Dios, si bien, éste, es parte de la Administración.

- Por escrito de 21 de enero de 2010 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que lo emite el 26 de julio de 2013, tras haber recabado la documentación oportuna.

- A efectos de dictar acuerdo probatorio, el 7 de agosto de 2013 se insta a la interesada a aportar los medios probatorios de que desee valerse y a cuantificar su reclamación. Asimismo, se insta a aportar tales medios al Hospital San Juan de Dios. Reciben notificación de ello tanto la interesada como aquel Hospital el 9 de agosto de 2013.

Con fecha 14 de agosto de 2013 la interesada informa de la designación de representante legal, quien comparece personalmente solicitando determinada documentación que se le entrega en el acto. Así, en fecha 20 de agosto de 2013 se

cuantifica el daño en 97.000 € más los intereses devengados desde el momento del fallecimiento, además de proponerse como pruebas la historia clínica del finado e informe pericial del Dr. M. (neurocirujano), que se aporta en ese acto.

Por su parte, el Hospital San Juan de Dios aporta, el 13 de septiembre de 2013, determinada información como medio probatorio.

- El 26 de septiembre de 2013 se dicta acuerdo probatorio, en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por las dos partes, y, puesto que obran ya todas en el expediente, se declara concluso el trámite probatorio. Ello se notifica a la interesada y al Hospital San Juan de Dios el 7 de octubre de 2013.

- El 26 de septiembre de 2013 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, lo que se notifica a la interesada el 7 de octubre de 2013 y al Hospital San Juan de Dios.

Consta escrito con registro de entrada del día 15 de octubre de 2013, del Director Gerente de referido Hospital en el que autoriza a J.L.P.B a solicitar copia del expediente, quien comparece el 16 de octubre de 2013, momento en el que se le entrega aquélla.

No consta, sin embargo, la aportación de alegaciones en este trámite.

- El 23 de octubre de 2013 se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la pretensión de la interesada, emitiéndose borrador de Propuesta de Resolución por la Directora del Servicio Canario de la Salud en igual sentido, en el que no consta fecha. La Propuesta de Resolución es elevada a definitiva el 7 de noviembre de 2013, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 4 de noviembre de 2013.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante. Se señala en la misma:

“El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (...) acredita una actuación sanitaria conforme a la lex artis y ello porque la retirada de Sintrom no se realizó de forma precipitada o imprudente, al contrario, se retiró el Sintrom cuando el último electrocardiograma confirmó la ausencia de trombos, no pudiendo mantenerse indefinidamente este medicamento de acuerdo con lo indicado en las guías de práctica clínica de Sociedades Científicas. Además, cuando se suspende debe hacerse de forma brusca y no poco a poco como refiere la reclamante.

Alega también la interesada que suspendiendo el Sintrom por la ausencia de trombos se olvida el carácter preventivo del Sintrom, lo cual supone un peligro para el estado de salud del paciente. No obstante, como recoge el informe del Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios, de 2 de septiembre de 2009 (folio 50), el tratamiento preventivo para estos casos es la aspirina, que el paciente estaba tomando. En el mismo sentido se pronuncia el Jefe de Servicio de Cardiología del HUNSC que indica expresamente «el ácido acetil salicílico estaba indicado para la prevención de formación de trombos intracoronarios por la existencia de la enfermedad coronaria previa revascularización con stent. Es el tratamiento más adecuado para estos casos indicado en todas las guías clínicas».

A lo que se añade: *“El paciente poseía unos antecedentes que no pueden obviarse [hipertensión, obesidad, exfumador, padre fallecido de infarto agudo de miocardio (IAM), baja por IAM en el 2005, etc.]. Fue correctamente diagnosticado y tratado desde el inicio y se efectuó el seguimiento que su patología aconsejaba, actuándose en todo momento con la diligencia debida y de acuerdo a lo indicado en los protocolos y guías de aplicación.*

Según tiene dicho el Tribunal Supremo (Sentencia de fecha 25 de abril de 2002 (Recurso 503/1998): “Prestada la asistencia sanitaria con arreglo a la regla de la buena praxis desde el punto de vista científico, la consecuencia de la enfermedad o el padecimiento objeto de atención sanitaria no son imputables a la actuación administrativa y por tanto no pueden tener la consideración de lesión antijurídicas”.

En este caso, de la historia clínica del paciente y los informes obrantes en el presente expediente, no se acredita la existencia de una relación causal entre la retirada del Sintrom y el fallecimiento del paciente, no pudiendo considerarse éste como daño antijurídico indemnizable derivado de la asistencia prestada, sino como el fatal desenlace de la patología que sufría el paciente”.

2. La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues, de los informes recabados a lo largo de la tramitación del procedimiento se extrae la conclusión de que el fallecimiento del paciente no tiene relación de causalidad con la retirada brusca del medicamento Sintrom, sino con sus propias patologías.

Así, a pesar de aportarse por la interesada informe pericial emitido el 16 de agosto de 2013, por el Neurocirujano, Dr. M., en el que se concluye: *“no cabe duda que la supresión del síndrome era innecesaria y arriesgada y fue la causa directa de su muerte”*, se trata de una afirmación que, amén de haberse emitido a instancia de

la interesada, no ha sido respaldada científicamente, y que, por su parte se ha rebatido por los informes, estos sí con argumentos científicos, emitidos por el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios, el 2 de septiembre de 2009, y el Jefe de Cardiología del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, el 24 de noviembre de 2011. Asimismo se reitera en el informe emitido por el primero el 10 de enero de 2013.

Además, frente a la contundencia de la afirmación realizada por el informe pericial aportado por la interesada, ha de tenerse en cuenta, en orden a la necesidad de determinar la adecuación de suprimir el Sintrom en el caso concreto, el informe emitido el 2 de diciembre de 2011 por el Jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, que, tras aportar *“aproximaciones de criterios sobre el controvertido tratamiento de la anticoagulación oral y antiagregación plaquetaria”*, termina concluyendo que *“la indicación y/o supresión del tratamiento de ambas opciones farmacológicas lo decide en general el clínico que trate al paciente (...)”*.

Constan, en la historia clínica del fallecido los siguientes antecedentes en relación con la reclamación interpuesta, tal y como se señala en el informe emitido el 23 de julio de 2013 por el Servicio de Inspección y Prestaciones:

- Desde el 16 de octubre al 3 de noviembre de 2005, permanece ingresado en el HUNSC. Durante el ingreso se le practica cateterismo. Tras el cateterismo se le pauta tratamiento, entre el que consta, anticoagulantes orales.

- Del 12 de diciembre de 2005 al 3 de febrero de 2009, acude a controles en el Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios. En la última visita de 3 de febrero de 2009, el paciente refiere sentirse mejor sin angor o equivalentes. Valorada su historia previa, exploración física y pruebas realizadas, se decide retirar el tratamiento anticoagulante y se le cita para revisión a los seis meses.

- El 26 de abril de 2009, a los tres años y medio aproximadamente de haber padecido el infarto, llega en ambulancia al servicio de urgencias del HUNSC, por haber presentado síncope hacía 40 minutos, encontrándose desorientado con hemiparesia derecha afásico. Se activó código de Ictus (TAC craneal, hemograma, tipos, bioquímica avisar a neurología).

- El TAC craneal reveló una hipodensidad en territorio de ACM izquierda. Valorado por Neurología concluye con un juicio diagnóstico de ictus isquémico de ACM izquierda de probable etiología cardioembólica.

- Ingresa en la Unidad de Ictus y cuando empieza con la monitorización, el paciente comienza con dificultad respiratoria. Entra en fibrilación ventricular, por lo que se procede a desfibrilación, pasando el paciente a asistolia.

- Se iniciaron maniobras de RCP con una duración aproximada de 10 minutos, se le administraron aminas vasoactivas. Se procedió a IOT - conexión a ventilación mecánica y pseudoanalgésica con ingreso en UMI.

- Se realiza Rx de Tórax y ECG y el servicio de cardiología decide cateterismo urgente. Se consigue revascularización.

- Terminado el proceso, el paciente entra en fibrilación ventricular que pasa a asistolia tras 7 desfibrilaciones. Presenta disociación electromecánica que no responde a RCP avanzada de unos 35 minutos, produciéndose el éxitus.

A la vista de estos antecedentes, y en relación con la retirada del medicamento Sintrom, se informa el 2 de septiembre de 2009 por el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios que la supresión del Sintrom fue correcta, según el protocolo de anticoagulación vigente en nuestro centro, basado en las recomendaciones actuales al respecto. Añadiendo: *“Según las guías de práctica clínica de las Sociedades Científicas, el tratamiento anticoagulante está indicado durante seis meses tras un infarto de miocardio con trombosis intracardiaca. Por diversos motivos, la retirada del Sintrom se fue retrasando hasta la confirmación de la ausencia de trombos. En la consulta del 3 de febrero de 2009, ante la inexistencia de imágenes de trombos intracardiacos en el último electrocardiograma realizado al paciente, se decidió la retirada del citado medicamento al no considerarlo indicado, según las guías comentadas. El tratamiento preventivo para estos casos es la aspirina, que el paciente estaba tomando”.*

En idéntico sentido se muestra el informe emitido el 24 de noviembre de 2011 por el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria, del que se detrae:

1. Que, a la vista de la historia del paciente desde el año 2000 hasta el año 2009, y la ecografía doppler practicada el 27 de noviembre de 2008, es ajustada a los protocolos la supresión del medicamento Sintrom, pues en el ecocardiograma no se evidencian trombos intracavitarios, y no existe, por los datos de la historia clínica otra indicación de anticoagulación en el paciente.

2. Que no existe indicación de tratamiento con el medicamento Sintrom con carácter indefinido en los casos de IAM sin trombo ventricular, FEV > o igual al 40%, sin dilatación de ventrículo izquierdo. Sólo se mantiene anticoagulación, como en el presente caso, si se objetiva trombo intracavitario y se mantiene generalmente 6 meses que es lo que tarda el trombo en desaparecer u organizarse. Aunque estuviese el ventrículo dilatado y con FE < 40% si no hay trombo, la dilatación ventricular izquierda o la FEV por sí misma no es indicación de anticoagulación.

3. No existía en el momento de retirar el Sintrom indicación para prevenir embolia arterial cerebral. El ácido acetil salicílico estaba indicado como prevención de formación de trombos intracoronarios por la existencia de enfermedad coronaria previa revascularización con stent. Es el tratamiento más adecuado en estos casos e indicado en todas las guías clínicas.

Concluye su informe, el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria de forma contundente: *“Tras el IAM, dado que el paciente fue revascularizado con stens farmacoactivos se indicó doble tratamiento antiagregante con Ácido Acetil Salicílico y Clopidrogel. Este tratamiento conforme a la evidencia clínica se mantiene un año. Pasado ese primer año se deja un solo antiagregante, preferiblemente Ácido Acetil Salicílico. Esto es lo que se hizo en este paciente. Además se indicó anticoagulación con Sintrom por el riesgo de embolia cerebral que conlleva la existencia de trombo intraventricular. El Sintrom se mantiene al menos seis meses como se hizo en este paciente. La asociación de Ácido Acetil Salicílico y Sintrom conlleva más riesgo de sangrado, incluso cerebral, por lo que si no está indicada no se puede mantener indefinidamente. En este paciente no estaba indicada mantener esta asociación más tiempo, sí estaba indicada mantener antiagregación con Ácido Acetil Salicílico indefinidamente. Cuando se suspende el Sintrom se debe hacer de forma brusca y no poco a poco”.*

A ello debe añadirse lo informado por el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios el 10 de enero de 2013: *“Todo paciente que ha tenido un infarto de miocardio tiene un riesgo aumentado de complicaciones tromboembólicas. Sin embargo, como dice la citada guía de práctica clínica, el hecho de que los dicumarínicos (Sintrom) no sean superiores al AAS (Ácido Acetil Salicílico) en prevención secundaria, requieran control hematológico y tengan más efectos secundarios, hace descartar su uso como fármaco de primera elección. Por este motivo se recomienda AAS como prevención secundaria”.*

De todo lo expuesto, debe concluirse, como hacen los informes de los Jefes de Servicio de Cardiología expuestos, así como el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, recogiendo aquéllos, la ausencia de relación de causalidad entre el fallecimiento del hijo de la reclamante y la retirada del Sintrom, debiéndose el óbito de aquel al desenlace de las patologías múltiples que sufría y sus antecedentes (hipertensión, obesidad, exfumador, padre fallecido de infarto agudo de miocardio (IAM), baja por IAM en el 2005, etc.) a pesar de la adecuada asistencia sanitaria.

Así, procede desestimar la reclamación de la interesada, tal y como hace la Propuesta de Resolución, con los fundamentos en ella expresados.

C O N C L U S I Ó N

Es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, pues procede desestimar la reclamación de la interesada, de conformidad con lo expresado en el fundamento último del presente Dictamen.