



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 23 de enero de 2014.

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 Anetre Sammer, por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 518/2013 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, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial por funcionamiento anormal del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La legitimación de la Consejera para solicitar el dictamen resulta del art. 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. La preceptividad del dictamen resulta del art. 11.1.D.e) de la misma Ley en relación con el art. 12, de carácter básico, 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.

3. La perjudicada ostenta legitimación activa en el procedimiento incoado.

4. El SCS ostenta legitimación pasiva porque la reclamante imputa la causación del daño al funcionamiento del mismo.

5. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del SCS, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autónoma, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto

* **PONENTE:** Sr. Belda Quintana.

32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

6. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado SCS, 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.

II

La interesada fundamenta su reclamación en los siguientes hechos:

El día 4 de agosto de 2007 la afectada acude al Servicio de Urgencias del centro H.S., en el que tras los análisis practicados y con diagnóstico indeterminado se remite a la paciente a su médico de cabecera.

El día 6 de agosto de 2007 el médico de cabecera solicita la práctica de nuevas analíticas, citándola a las dos semanas posteriores.

El día 8 de agosto de 2007 acude al centro médico debido a su empeoramiento, y, tras realizársele exploración física es remitida al médico especialista en aparato digestivo, quien la reenvía, a su vez, al Servicio de Urgencias del Hospital de la Candelaria.

En fecha 9 de agosto de 2007, la paciente es ingresada en el Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), por sospecha de hepatitis autoinmune (HAI), recibiendo el alta el 4 de septiembre de 2007, bajo diagnóstico de etiología autoinmune.

El día 17 de septiembre de 2007 la afectada acude a consulta externa en el HUNSC, prescribiendo el facultativo que le asiste su ingreso hospitalario debido al perfil hepático que presenta.

El 18 de septiembre de 2007, ingresada la paciente, el médico que le asiste no realiza biopsia descartando la posible etiología autoinmune, por lo que decide suspender el tratamiento hasta ahora seguido por la afectada.

El 30 de septiembre la afectada se traslada de domicilio a Ibiza, por lo que el cambio de Comunidad Autónoma requiere a su vez el cambio de médico de cabecera, si bien de forma inminente.

En Ibiza, la reclamante fue recibida por el médico en fecha 8 de octubre de 2007, practicándosele analíticas y citándola para el día 15 del mismo mes. Sin embargo, debido a que el estado de la afectada había empeorado, el facultativo que le asiste ordena en fecha 15 de octubre el traslado de la misma en ambulancia al Hospital, diagnosticándole infección y posible hepatitis autoinmune.

Dada su gravedad, la afectada es trasladada al Centro H.C., de Barcelona, en donde se confirma el diagnóstico de hepatitis autoinmune, determinando protocolo 0 trasplante de hígado. Si bien se le practica satisfactoriamente la citada intervención, la afectada padece consecuencias crónicas del trasplante requiriendo por ello revisiones periódicas.

La reclamante considera que en su caso se ha incurrido en negligencia médica por no habersele tratado correctamente desde el origen de la enfermedad, no habiéndose utilizado por los facultativos que le asistieron en su padecimiento todos los medios científicos y técnicos conocidos en el momento, al entender la perjudicada que de haber hecho uso de los mismos el diagnóstico correcto se habría determinado desde un principio y, en consecuencia, se hubiera tratado adecuadamente sin necesidad de habersele practicado el trasplante de hígado. Por tanto, la perjudicada considera que el SCS ha funcionado deficientemente reclamándole la cantidad de 485.555 euros, por los daños sufridos.

III

1. El presente procedimiento se inicia mediante la presentación del escrito de reclamación de la afectada en fecha 21 de diciembre de 2009.

Tras requerir el Servicio administrativo a la reclamante la subsanación del escrito, lo que es debidamente atendido, mediante Resolución de 25 de noviembre de 2010 se admite a trámite la reclamación formulada.

2. La tramitación procedimental se ha efectuado por la instrucción conforme a la normativa que la ordena. Entre otras actuaciones, el órgano instructor ha solicitado y recabado los informes preceptivos del SCS; también ha acordado la apertura del periodo probatorio; y, finalmente, ha resuelto el trámite de audiencia y vista del expediente.

3. Elaborado el borrador de la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación presentada, se solicitó informe a la Asesoría Jurídica departamental del SCS, que es registrado con fecha 28 de noviembre de 2013, que considera el citado

borrador ajustado a derecho. Finalmente, la Propuesta de Resolución se emite en fecha 3 de diciembre de 2013.

4. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, el cual se ha sobrepasado; sin embargo, aun fuera de plazo, la Administración está obligada a resolver expresamente en virtud de los arts. 42.1 y 43.1 y 4.b) LRJAP-PAC.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un dictamen de fondo.

IV

1. La Propuesta de Resolución es de sentido desestimatorio porque el órgano instructor considera que, de acuerdo con los informes preceptivos recabados, la actuación del SCS se ajustó a la *lex artis* prestando a la paciente una asistencia sanitaria adecuada tanto en consulta médica como en los dos ingresos hospitalarios. Por lo que la afectada no prueba la relación causal entre el daño por el que se reclama -transplante hepático- y la actuación del SCS.

2. Los documentos obrantes en el expediente, particularmente los informes clínicos, indican que se actuó conforme a la *lex artis* tanto en cuanto al primer ingreso en el que no se determina a ciencia cierta el tipo de enfermedad hepática que padecía la reclamante, como en cuanto al segundo ingreso, dada principalmente la situación particular en la que se encontraba la paciente, manifestando su traslado domiciliario a la Comunidad Autónoma Islas Baleares -Ibiza-.

3. Concretamente, la afectada en escrito posterior indica el momento en que la lesión efectivamente se produce -folio 107-, manifestando, en resumen, que desde el 9 de agosto hasta el 4 de septiembre, primer periodo en el que permanece ingresada, se sospecha como diagnóstico hepatitis autoinmune y se instaura tratamiento a seguir; mientras que en el segundo ingreso, desde el 18 de septiembre hasta el 25 del mismo mes, recibe el alta sin haberse determinado el diagnóstico, a pesar, según la paciente, de su empeoramiento hepático; y que es en fecha 8 de octubre de 2007, cuando acude a su médico de cabecera en Ibiza por empeoramiento de su enfermedad, facultativo que decide el traslado de la paciente al hospital clínico de Barcelona, en el que tras la realización de biopsia se determina activar protocolo 0 para transplante de hígado, efectuándose éste el 21 de octubre de 2007.

4. Conforme a los hechos expuestos, en relación con los informes preceptivos del Servicio y demás partes médicas que conforman la Historia Clínica de la paciente, todos ellos obrantes en el expediente, consta lo siguiente:

- El informe emitido por el Jefe de Servicio de Aparato Digestivo, e informe complementario del mismo (folios 157 y siguientes, y folio 188, respectivamente, indican:

“(...) En base a este segundo «store» para el diagnóstico de hepatitis autoinmune, en esta paciente la puntuación total es de «5» considerándose el diagnóstico probable con puntuación de «6» y el diagnóstico definitivo con puntuación de «7». Siendo así no podemos establecer el diagnóstico de hepatitis autoinmune, (HAI), en la paciente pero tampoco podemos descartarlo (...) la biopsia hepática no permite, por si sola, establecer el diagnóstico definitivo de HAI por lo que se considera una herramienta más para el pronóstico. (...) Los recuentos de eosinófilos en las analíticas no se consideran en la práctica clínica para el diagnóstico de HAI (...) Los niveles de IgG en esta paciente fueron siempre normales (...). Además, el hecho de que un tratamiento empírico en base al diagnóstico sospechado pero no establecido requiere un seguimiento exhaustivo queda reflejado al citar a la paciente en consulta con hepatólogo en un plazo de 13 días. Por otra parte, en el historial clínico consta que la paciente expresó su deseo de irse de alta con fecha anterior a la de dicha actuación (...).

En esas circunstancias el médico hepatólogo que la atiende en consulta tiene dos opciones: 1) Aumentar nuevamente la dosis de prednisona (...). Se decidió no optar por esta opción por la falta de diagnóstico de certeza. 2) Reingresar a la paciente para reevaluar el diagnóstico antes de proceder a un cambio terapéutico. Se optó por esta estrategia especialmente teniendo en cuenta el anuncio de la paciente de un inminente traslado a Islas Baleares que impedía el seguimiento deseado en nuestras consultas. El seguimiento, fuera cual fuera el cambio de actitud terapéutica, debería ser obligatoriamente estrecho y por especialista de aparato digestivo.

(...) Se propuso la posibilidad de una segunda biopsia hepática a fin de discernir las dudas diagnósticas (...), si bien la indicación en tan corto periodo de tiempo no es absoluta (...).

Según el historial clínico los esteroides se retiraron por: a) ausencia de diagnóstico de probabilidad de hepatitis autoinmune, b) efectos secundarios de los esteroides, y c) de acuerdo con la paciente (...).

Esta retirada es posible siempre y cuando se realicen oportunos y frecuentes controles para ver evolución de función hepática (...).

Según consta en el historial la paciente tenía previsto un desplazamiento a otra Comunidad por lo que el seguimiento no iba a ser posible en nuestro centro. Se recomendó seguimiento en su nuevo lugar de residencia (...).

Un empeoramiento de la función hepática tras la retirada de los esteroides con la pauta indicada en el segundo informe de alta, era de esperar en caso de tratarse efectivamente de una HAI; de ahí el interés de un seguimiento médico estrecho. No puede concluirse, no obstante, que no hubiera ocurrido de no haber sido retirados (enfermedad refractaria).

Es posible, pero no seguro dada la existencia de casos refractarios al tratamiento esteroideo, que el trasplante pudiera haberse evitado si se hubiera actuado con los esteroides en base al diagnóstico de HAI. Existe, no obstante, evidencia en la literatura de que en los casos de evolución "fulminante" de la enfermedad puede no obtenerse ningún beneficio del tratamiento previo con esteroides".

En relación al informe complementario (folios 188-189), por el Servicio de Aparato Digestivo se informa lo siguiente:

"1) La hepatitis autoinmune puede evolucionar de forma fulminante, en este caso «subfulminante», siendo una de las causas de insuficiencia hepática que conducen al trasplante. Esta evolución puede o no o se modificada por el tratamiento adecuado. 2) El tratamiento con esteroides puede conseguir el control de la enfermedad hasta su remisión, pero este tipo de respuesta no es universal. Además, en los casos con evolución fulminante existe algún estudio que pone en duda la eficiencia del tratamiento con esteroides, ver escrito remitido anteriormente, si bien este punto no existe la suficiente evidencia como para no usar los corticoides. En la práctica clínica habitual se utilizan los corticoides en las formas graves de hepatitis autoinmune. 3) El tratamiento pautado, con la sospecha de hepatitis autoinmune, fue correcto. La suspensión del tratamiento se debió a que se consideró el diagnóstico de hepatitis autoinmune no estaba suficientemente

documentado; sobre este aspecto ya se informó suficientemente en el escrito enviado anteriormente”.

- El informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones (folios, 192-209), concluye en todos sus puntos en idéntico sentido que el informe anterior, e indica que: (...) *valorada la documentación e informes existentes, no se puede asegurar de una manera fehaciente que el trasplante hepático se hubiera podido evitar”.* Particularmente, el Servicio reafirma que a la paciente se le realizaron varias pruebas para llegar a un diagnóstico correcto al indicar daño hepático, realizándose igualmente pruebas para descartar o confirmar la HAI, no constando en el informe anatomopatológico que existiera insuficiente tejido hepático, ni existiendo marcadores específicos que permitieran un diagnóstico seguro de la enfermedad. Tras el primer tratamiento pautado por el facultativo a la paciente se consiguió la mejoría de su enfermedad, y en el informe de alta hospitalaria figura que el tratamiento a seguir con respecto al corticoide (Prednisona) ya era descendente, citándose a la paciente a los trece días posteriores. En consultas externas se analiza que las transaminasas habían aumentado y la bilirrubina disminuido, por lo que el facultativo decidió su reingreso a efectos de evaluarla. Durante este segundo ingreso el tratamiento con corticoides no fue suspendido, en contra de lo que la reclamante alega, sino que fue reducida la dosis debido al diagnóstico poco probable de HAI, a los efectos secundarios y de acuerdo con la paciente por su traslado a Ibiza. No obstante, se le recomienda asistir a su médico de cabecera en Islas Baleares, hecho que no efectúa la reclamante hasta aproximadamente tres semanas después.

5. La veracidad de los informes anteriormente analizados se confirma en los documentos obrantes en el expediente, particularmente, los informes de evolución médica confirman que la paciente fue dada de alta tras ser ingresada por primera vez en fecha 4 de septiembre de 2007 (folio 286); el informe del Servicio de Aparato Digestivo, confirma que la paciente fue ingresada desde el 18 de septiembre hasta 25 del mismo mes de 2007, tras haber asistido a consulta externa pautada (folios 329 y 353), comprobándose empeoramiento del perfil hepático en el día anterior al ingreso, durante dicho ingreso se confirma a resultas de la exploración física y pruebas complementarias efectuadas la suspensión progresiva de tratamiento de esteroides. En cuanto a la evolución de la paciente durante su estancia hospitalaria se observa normalidad, sin incidencias, sin cambios, administración efectiva del

tratamiento pautado por el médico, es decir, una asistencia recibida adecuada (folios 339 y ss).

En cuanto al tratamiento de esteroides se redujo porque siendo el diagnóstico incierto los efectos secundarios no eran aconsejables. No obstante, se confirma la recomendación a la paciente de seguimiento por su médico de cabecera en Ibiza tras haber comunicado su desplazamiento (folio 329).

Además, ambos informes preceptivos del Servicio indican que el propio Hospital Clínico de Barcelona señala como "posible" el diagnóstico de HAI, lo cual confirma el centro hospitalario en los comentarios de evolución clínica realizados en fecha 18 de octubre de 2007 (folio 374, entre otros), esto es, aún evolucionada la enfermedad se diagnostica como posible la HAI hasta la realización de las pertinentes pruebas médicas, determinándose finalmente el HAI en fecha 19 de octubre de 2007, es decir, cuatro días después de haber sido asistida por su médico de cabecera en Ibiza. No hemos de olvidar que dicha posibilidad ya era tenida en consideración por el SCS, al indicar que la afectada requería un seguimiento estrecho del tratamiento, y que en efecto se estaba realizando y que se hubiere continuado con el mismo de no haberse desplazado la paciente a otra comunidad autónoma por decisión propia.

Además, dados los antecedentes de consumo habitual de alcohol por la reclamante (60 gr. de etanol/día) es lógico sospechar de otro tipo de afección hepática, lo que, como consta en la historia clínica, tras las oportunas pruebas, se descartó correctamente por el SCS. Igualmente, tras las pruebas diagnósticas y analíticas oportunas efectuadas por el SCS, se descartó hepatitis tipo A, B y C.

Tampoco se desprende del expediente dato alguno que indique retrasos o demoras en la práctica de las diferentes actuaciones, sin límites, para la realización de pruebas clínicas o terapéuticas pertinentes al caso, para la consecución de su control y sanación, según evolucionaba la enfermedad.

6. Por otra parte, la reclamante también alega la falta de especialización en la materia del facultativo que le asiste determinando su segundo ingreso hospitalario, siendo éste otro de los motivos de que el Servicio sanitario haya actuado deficientemente, según la afectada. Sin embargo, en el folio 414 del expediente se aporta la titulación oficial de dicho facultativo como Médico Especialista en Aparato Digestivo, por lo que la argumentación de la reclamante carece de base en este aspecto.

7. En definitiva, analizada la documentación clínica y los informes obrantes en el expediente, de acuerdo con la Propuesta de Resolución, no ha sido probado el nexo causal entre el daño por el que se reclama y la asistencia médico-sanitaria prestada.

8. Por todo ello, se considera que la praxis médica ha sido la correcta al disponer el Servicio de todos los medios científicos y técnicos previstos, garantizándose la protección de la salud de la paciente mediante una asistencia adecuada ante un diagnóstico difícil de determinar desde su origen, como se ha demostrado, confirmándose el hecho que reiteradamente ha indicado el Servicio sanitario al señalar que la protección prestada no siempre alcanza un diagnóstico cierto y rápido, una curación sin secuelas, o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. Siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo “(...) se aplicaron los tratamientos adecuados en cada momento, y la actuación de los facultativos ha sido conforme en todo momento a la *lex artis ad hoc* sin que haya el mas mínimo indicio de mala praxis, ni que se pueda estimar acreditada la relación causal entre el sufrimiento del paciente y la intervención de la Administración Sanitaria, pues se cumplieron los diversos protocolos médicos y sanitarios sin que el recurrente haya logrado acreditar negligencia, ni mala práctica alguna en los profesionales médicos (...) ya que (...) al paciente se le diagnosticó según la sintomatología que presentó (...)” (Sentencia de 7 noviembre 2011. RJ 2012\1943).

9. Consecuentemente, analizada la *praxis* médica al caso que nos ocupa de acuerdo con los documentos existentes en el expediente, se considera que la actuación sanitaria se ha efectuado dentro de los límites de la *lex artis ad hoc*. Por tanto, la asistencia médica prestada por el SCS a la afectada ha sido la adecuada, lo que excluye la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación se considera conforme a Derecho.