



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 9 8 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 12 de septiembre de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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. 260/2017 IDS)\**.

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. Las interesadas en este procedimiento solicitan una indemnización que supera la cantidad de 6.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

---

\* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

3. Resulta igualmente aplicable el 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, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre.

## II

1. (...), (...) y (...) formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre y que consideran causante de su fallecimiento, acaecido el 10 de septiembre de 2015.

Exponen en su escrito que, tras recabar la historia clínica de su madre, solicitaron que dichos documentos fueran analizados por peritos médicos para su valoración, dado las dificultades con las que se encontraron para obtener una explicación razonable a lo sucedido.

Añaden que en el informe preliminar que se les entregó, así como en el informe de autopsia, aparece la existencia de una mala praxis o negligencia, por lo que sostienen la existencia de una clara relación de causalidad entre el daño producido y el mal funcionamiento del servicio público.

En dicho informe preliminar se expone, entre otros extremos, lo siguiente:

«La fallecida acude de urgencia al Centro de Salud Guanarteme, el 01/09/15, por fiebre de 24 horas de evolución sin otros síntomas asociados, en el posible contexto de una infección del Tracto urinario. Se indica tratamiento antibiótico oral empírico con fosfomicina cada 8 horas y seguimiento por su médico de Atención Primaria.

Del 03/09/15 al 04/09/15 acude de urgencias y permanece en observación en el Hospital Universitario de GC Dr. Negrín por presentar fiebre y vómitos. Se sospecha posible colecistitis aguda, que es descartada por el Servicio de Radiología. Es dada de alta domiciliaria.

El 5/09/15 es ingresada en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, por presentar fiebre y vómitos, además de presentar sangre en heces. Su estado general se deteriora rápidamente y el 06/09/15 se le diagnostica una hemorragia intraparenquimatosa parietoccipital derecha, por sobredosificación de anticoagulantes orales.

Fallece el 10/09/15 a las 4.30 en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

(...)

Con la documentación aportada se puede afirmar que hubo negligencia médica por mala praxis en el tratamiento de (...) al dársele el alta domiciliaria únicamente con tratamiento

para el estreñimiento, cuando el motivo de consulta por que acudía era fiebre y vómitos y en la analítica de control realizada, estando en observación, aparece un INR de 4.88».

En el informe de autopsia consta asimismo entre las conclusiones médico legales que la causa inicial de la muerte fue «sobredosificación de Sintrom».

Las reclamantes solicitan una indemnización total de 14.379,42 euros (4.793,14 euros para cada hija) por los daños morales sufridos.

Aportan con su reclamación copia del Libro de Familia, además de los informes de autopsia y pericial a los que ya se ha hecho referencia.

2. En el presente procedimiento las reclamantes ostentan la condición de interesadas en cuanto titulares de un interés legítimo, ya que pretenden el resarcimiento del daño moral que le ha irrogado el óbito de su madre.

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.

3. El fallecimiento de la madre de las interesadas, que es el hecho lesivo alegado, acaeció el 10 de septiembre de 2015 y la reclamación se presentó el 6 de septiembre de 2016, dentro por tanto del plazo de un año que fija el art. 142.5 LRJAP-PAC, por lo que no es extemporánea.

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

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo su resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos

administrativos y aun económicos que debe tener, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4; 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC.

Consta en el expediente que con fecha 15 de septiembre de 2016 se requirió a las interesadas la subsanación y mejora de su solicitud, lo que llevaron a efecto en el plazo concedido.

Cumplimentado este trámite, la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 13 de octubre de 2016 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se ordena el inicio del procedimiento y se resuelve comunicar a las interesadas que con la misma fecha se solicita, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que media entre la solicitud del informe preceptivo y la recepción del mismo y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Con fecha 23 de noviembre de 2016 se emite informe por el mencionado SIP y a él se acompaña copia de la historia clínica de la madre de las reclamantes obrante en el Centro de Atención Primaria y en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN). Se adjunta asimismo el informe del coordinador del Servicio de Urgencias del citado hospital y el emitido por médico especialista en Hematología y Hemoterapia, también del referido Centro hospitalario.

Consta asimismo que mediante Acuerdo probatorio de 7 de febrero de 2017 se admitieron las pruebas documentales y testifical propuestas por las reclamantes y se incorporaron los informes y documentación recabados por la Administración. Notificado este Acuerdo a las interesadas, presentan escrito en el que desisten de la testifical.

El 6 de marzo de 2017 se concede trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), presentando las interesadas alegaciones en las que entienden suficientemente acreditados los hechos relatados en la reclamación presentada y reiteran su solicitud indemnizatoria.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Asesoría Jurídica Departamental, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

### III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, es preciso tener en cuenta los siguientes antecedentes que resultan relevantes:

- Se trata de una paciente de 88 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, hipoacusia, nefropatía crónica leve (2012), demencia Alzheimer en fase avanzada, déficit cognitivo grave (2013), Grado III de Gran dependencia, incontinencia de esfínteres y Fibrilación Auricular por la que se encontraba en tratamiento con Sintrom® (acenocumarol) desde 2011.

- El 1 de septiembre de 2015 acude, alrededor de las 19:25 horas, al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Guanarteme por presentar «fiebre sin otro síntoma. No tos, ni mocos, (...)». Se diagnostica de infección de tracto urinario y se pauta antibioterapia empírica con Fosfomicina 500.

- El 2 de septiembre de 2015, a las 10:00 horas, en el Centro de Salud: «Acude por diversas patologías acompañada por la cuidadora y una nieta de la paciente, refieren hematomas ante mínimas presiones. Exploración normal. Se actualizan recetas».

Se realiza control de coagulación de INR en paciente en tratamiento con Sintrom 4mg desde 2011, encontrándose dicho INR en rango terapéutico 3. Se programa el siguiente control para el 30 de septiembre de 2015.

- El 3 de septiembre de 2015 alrededor de las 17:00 acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN por malestar general de varios días de evolución y fiebre en las últimas 48 horas. Presentaba estreñimiento de una semana de evolución.

A la exploración no existen signos relevantes, ni orientación diagnóstica, ni datos de gravedad. No hipotensión. No existían síntomas neurológicos: cefalea, crisis convulsiva, alteraciones del nivel de conciencia, pérdida de fuerza, etc. Auscultación cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. No taquicardia. Murmullo vesicular conservado. No taquipnea. Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias.

En hemograma se objetiva leucocitosis con neutrofilia, sin trombopenia ni otros datos a destacar.

En la analítica bioquímica, la tasa de filtrado glomerular y los parámetros de función renal se corresponden con estadio 3A de enfermedad renal crónica leve ya

conocida desde 2012, con bajo riesgo de enfermedad renal terminal (>70 años). Esta analítica no difiere en cuanto a los parámetros de función renal con respecto a los obtenidos en las extracciones de fechas 9 de diciembre de 2012 y 8 de julio de 2015 en su Centro de Salud. La cifra de creatinina no era mayor de 2mg/dl y no existía oliguria que alertara de proceso agudo renal.

En control de coagulación el valor de INR es de 4.88 (Normal 2-3 para esta paciente), sin sangrado, situación no urgente. Radiografía de tórax y de abdomen sin alteraciones. Ecografía abdominal practicada, no se objetiva alteración relevante que justifique la clínica presentada, descartando afectación hepática y vesicular y en cuanto a los riñones se describen de aspecto involutivo o con nefropatía crónica.

Tras observación y según evolución, durante su estancia, no presentó fiebre (Temperatura: 37,4°C), ni vómitos y evolucionó con mejoría del estado general y de los parámetros analíticos de la serie blanca, tolerando. Se cursó alta hospitalaria alrededor de las 13:00 horas del día 4 de septiembre de 2015, no existiendo criterios clínicos ni analíticos de gravedad que indicaran mantener a la paciente en el hospital.

- El 5 de septiembre de 2015 alrededor de las 18:00 horas recibe asistencia domiciliaria a través del Servicio Especial de Urgencias (SEU). Consta que llaman por: «(...) somnolencia (...)». A la llegada del médico al domicilio, la paciente se encuentra con Glasgow 10-11 (Nivel de conciencia normal 15) y no responde a estímulos. Refieren que el deterioro del nivel de conciencia ocurre en las últimas 8 horas. Tensión arterial normal 140/90, temperatura 38°C, heces melénicas. Asimismo se refleja en la documentación «Hoy no ha comido». Se remite al Hospital para valoración activando una ambulancia sanitizada y se traslada al HUGCDN, llegando a las 19:30 h.

En el motivo del ingreso consta: «Deterioro del estado general. Fiebre». En triaje la temperatura es de 36,9°C. Tacto rectal sin evidencia de sangrado. EKG con fibrilación auricular ya conocida. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando y depresible.

Con resultado analítico INR > 13 y con deterioro del nivel de conciencia, se administra vitamina K que revierte el INR a 1.5 y se practica TAC craneal a fin de descartar lesión hemorrágica por INR fuera de rango, por exceso de anticoagulación. El resultado del TAC confirma la presencia de hemorragia intraparenquimatosa extensa parietooccipital derecha.

Por parte de Neurocirugía se desestima el tratamiento quirúrgico. Ingresa en planta de Neurología. *Exitus* a las 04:40 h del 10 de septiembre de 2015.

2. En el presente procedimiento las reclamantes atribuyen el fallecimiento de la paciente a una negligencia médica por sobredosificación de anticoagulantes orales. A efectos de su prueba aportan un informe suscrito por una doctora, cuya especialidad no consta, en el que se concluye en el sentido indicado.

La Propuesta de Resolución por su parte sostiene que no existió la alegada sobredosificación ni por consiguiente mala praxis. Entiende que la actuación se adecuó a la *lex artis* y que la causa del fallecimiento no puede ser atribuida en modo alguno a dicha asistencia sino a factores que escapan del conocimiento actual de la ciencia, que no puede impedir al 100% los efectos del tratamiento con anticoagulantes orales, entre los que se encuentra la hemorragia intracraneal que finalmente produjo el fallecimiento de la paciente. En consecuencia, desestima la reclamación presentada, al considerar que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

3. Con carácter previo al análisis de la conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución, resulta necesario precisar que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como obligadamente se repite en los dictámenes de este Consejo Consultivo, el servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio

y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño se ha producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

Las razones que se acaban de exponer, y que se resumen en que no poseen la cualidad de daños antijurídicos aquellos causados por la propia naturaleza e inevitables por la ciencia médica y que por ende no son indemnizables conforme a los arts. 139.1 y 141.1 LPAC, están acogidas, como se adelantó, por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la responsabilidad extracontractual de los servicios públicos de salud. La STS de 9 octubre 2012, entre otras muchas, se expresa en este sentido en los siguientes términos:

«Con relación esta alegación del motivo debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios



razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004 , con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*».

La aplicación de esta doctrina en el presente caso lleva a considerar que, tal como sostiene la Propuesta de Resolución, la asistencia sanitaria prestada a la madre de las reclamantes fue ajustada a este parámetro de la *lex artis*.

En este sentido, los informes médicos concluyen que la hemorragia cerebral intraparenquimatosa pudo tener como causa una sobreanticoagulación con aumento de INR en paciente en tratamiento con anticoagulación oral con acenocumarol y ajena a la asistencia sanitaria prestada.

Las reclamantes alegan que a la paciente se le dio el alta médica en la asistencia prestada durante los días 3 y 4 de septiembre, únicamente con tratamiento para el estreñimiento cuando el motivo de consulta por el que acudió era fiebre y vómitos y en la analítica de control realizada en observación aparece un INR de 4.8.

Informa a este respecto el Servicio de Inspección que la actuación del Servicio de Urgencias el 3 y 4 de septiembre se adecuó a las circunstancias clínicas de la paciente, realizando exploración, pruebas diagnósticas y periodo de observación que permitió descartar patología urgente. Aclara en este sentido que la paciente no presentó síntomas de hemorragia cerebral, cefalea repentina o severa, pérdida de fuerza, parestesias o parálisis, pérdida de visión, pérdida de equilibrio o parálisis de la cara, brazo o pierna, particularmente en un lado del cuerpo.

Por lo que respecta al control de coagulación que se le practicó, el valor de INR resultó de 4.88, sin sangrado. Indica el reseñado informe que se trataba de una situación no urgente, si bien se encontraba en rango alto, ya que con carácter general se establece el límite de INR >5 para identificar a los pacientes excesivamente anticoagulados. En caso de INR <5, según los protocolos de anticoagulación, basta con suspender una dosis (un día) y reiniciar el tratamiento. De acuerdo con el citado informe, emitido con base en la historia clínica, esto fue lo que

aconteció en este caso, pues a la paciente no le fue suministrado el Sintrom durante su estancia hospitalaria.

El SIP refiere asimismo que en el momento en que se le dio el alta hospitalaria no existían criterios clínicos ni analíticos de gravedad que indicaran mantener a la paciente en el hospital, por lo que el alta domiciliaria fue correcta.

El informe del Servicio de Hematología del Centro hospitalario, encargado de efectuar los aludidos controles de coagulación, es exhaustivo en la exposición de la actuación sanitaria que le fue prestada a la paciente desde que se le instauró el tratamiento anticoagulante a partir del 27 de septiembre de 2011. De este informe resulta procedente hacer constar la normalidad de la situación clínica de la paciente en los sucesivos controles y hasta el 2 de septiembre de 2015, con las únicas excepciones de los realizados en fechas 18 de diciembre de 2011 y 17 de octubre de 2013, que presentó, respectivamente INR 4 y 5,1.

En relación con la situación de la paciente previa a su fallecimiento, se informa que el 2 de septiembre de 2015, tras realizarse a la paciente el control de INR e informar ésta que tomaba Fosfomicina, desde el Servicio se realizó pauta de dosificación de Sintrom. Dado que la Fosfomicina, según su ficha técnica, no describe interacción farmacológica con los anticoagulantes orales, se realizó la pauta de acuerdo con el INR de la paciente (INR de 3, dentro del rango terapéutico) y la información clínica aportada («desde ayer toma Fosfomicina»). En dicha pauta se realizó la dosificación del tratamiento anticoagulante y se indicó la misma DTS que la paciente mantenía desde el 8 de julio de 2015, ya que su INR estaba dentro del rango óptimo indicado para su patología de base y sus características personales conocidas hasta ese momento y aportadas en dicha visita.

En relación con la posibilidad de sobreanticoagulación, en este informe se pone de manifiesto lo siguiente:

«Por las características inherentes de los fármacos anticoagulantes antivitaminas K, como el Sintrom (...), que precisan ajustes de dosis frecuentes para mantener los niveles de anticoagulación dentro de un estrecho margen terapéutico y por la gran variabilidad biológica en la respuesta al tratamiento ante muchas circunstancias (infecciones, trastornos inflamatorios, insuficiencia cardíaca descompensada, cambios en la alimentación, cambios en los tratamientos, etc, es frecuente que los pacientes que toman estos tratamientos presenten INRs de “exceso de anticoagulación o sobreanticoagulación” cuando los INRs están por encima del rango terapéutico establecido para cada paciente y también INRs de “infraanticoagulación” cuando los INRs están por debajo de dicho rango. Por ello, en el control habitual del tratamiento anticoagulante oral con fármacos antivitaminas K es necesario

tener en cuenta múltiples factores que pueden influir en que el INR esté fuera del rango terapéutico: inicio del tratamiento anticoagulante, omisión intencionada de alguna dosis de anticoagulante, respuesta a un cambio previo en dosificación, falta de cumplimiento o equivocación en las tomas, interacción con otros fármacos prescritos o que se han tomado sin prescripción, interacción con productos naturales o de herbolario, cambios en la situación clínica o en el estado de salud, cambios en la ingesta diaria de vitamina K, consumo de alcohol o cambios en el nivel de actividad. (...)

El término sobredosis o sobredosificación de anticoagulación, cuando se emplea adecuadamente, hace referencia a los casos en los que el paciente toma mayor dosis de anticoagulante de la que requiere habitualmente, bien intencionadamente (por ejemplo, en intentos de autolisis) o accidentalmente (por ejemplo, por confusión a la hora de combinar pastillas para tomar su dosis diaria).

Es por esta razón por la que el uso de los términos "sobredosis de ACO" que aparece en los informes de 06/09/2015 y del 07/09/2015 firmados por el Dr. (...) y "sobredosificación de Sintrom" que, según se cita en el informe de autopsia médico-legal, aparece en el certificado de defunción de la paciente, son incorrectos: no se ha pautado desde Hematología mayor dosis de anticoagulante que la que la paciente requería ni consta en los informes presentados que la paciente tomara más cantidad de anticoagulante accidental o intencionadamente. Por ello, la dosificación de tratamiento anticoagulante realizada el 02/09/2015 desde el Servicio de Hematología y Hemoterapia es correcta».

En este informe, tras indicar que la hemorragia es la reacción adversa más frecuente descrita en la ficha técnica de Sintrom, se concluye, en relación con la asistencia prestada a la paciente, que la dosificación pautada en la indicada fecha de 2 de septiembre fue correcta y que los INRs de 4,88 y >13 que presentó los días 3 y 9 de septiembre, respectivamente, no son resultado de una sobredosis ni de una sobredosificación de Sintrom, sino que corresponden a un exceso de anticoagulación que se dio en la paciente al tomar su dosis habitual de anticoagulante en una situación de alteración de su estado de salud habitual, que fue lo que motivó que acudiera al Servicio de Urgencias del HUGCDN.

Los informes médicos incorporados al expediente avalan pues la corrección de la asistencia sanitaria prestada a la madre de las reclamantes, en la que no se produjo una sobredosificación del tratamiento anticoagulante, como demuestra el resultado del control efectuado el 2 de septiembre de 2015. Este tratamiento fue además correctamente suspendido al día siguiente, siguiendo los protocolos médicos, cuando se advirtió un INR de 4,88, sin que la paciente presentara en ese momento síntomas

de hemorragia ni de gravedad. Se considera por ello que el alta hospitalaria el 4 de septiembre fue correcta.

Los informes médicos asimismo acreditan que esta sobreanticoagulación, así como la sufrida dos días después, guardan relación con la alteración del estado de salud habitual de la paciente (fiebre, procesos interrecurrentes, cambios en la dieta y vómitos, según indica el SIP) y son por tanto ajenas a la actuación sanitaria. No existe pues relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario, por lo que la Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación se considera conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se estima conforme a Derecho.