



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 7 7 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de octubre de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en su propio nombre y en representación de (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 335/2017 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. 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. Los reclamantes solicitan una indemnización que supera la cantidad de seis mil euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. 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 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, 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 (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Brito González.

3. Asimismo, de acuerdo con la citada disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima LPACAP, el presente procedimiento se rige por 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.

II

1. (...), actuando en su propio nombre y en representación de su madre y hermanos formula, con fecha 23 de octubre de 2015, 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 padre, a consecuencia de la cual estima que se produjo su fallecimiento.

En su escrito inicial manifiesta que el óbito de su padre, acaecido el 24 de octubre de 2014, fue debido a una crisis miasténica producida por la retirada del medicamento Prograf por una doctora del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN).

En su reclamación expone asimismo diversas negligencias que en su opinión se produjeron durante la asistencia sanitaria que se le prestó al paciente en el citado Centro hospitalario. Cita así una inadecuada alimentación que le provocó una anemia, la deficiente cura de una úlcera de presión, error en la medicación que se le suministró, al tratarse de medicación contraindicada para la enfermedad padecida por su padre y, finalmente, que la causa del fallecimiento fue probablemente la septicemia que se le ocasionó al no curar la gastrostomía que hubo de serle practicada. Cuestiona asimismo el alta hospitalaria que le dieron a su padre.

Solicitan por los daños padecidos la cantidad de 75.000 euros.

2. En el presente procedimiento los reclamantes ostentan la condición de interesados en cuanto titulares de un interés legítimo, ya que pretenden el resarcimiento del daño moral que le ha irrogado el fallecimiento de su padre y esposo, respectivamente. En el expediente consta también acreditada la representación conferida por medio de poder notarial.

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. Concurren asimismo el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año desde el acaecimiento del hecho lesivo, en este caso, el fallecimiento del paciente (art. 142.5 LRJAP-PAC).

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 citado Servicio Canario de la Salud.

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

6. 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 que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 26 de noviembre de 2015 (art. 6.2 RPAPRP), en la que asimismo se resuelve comunicar a los interesados 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 14 de marzo de 2016 se emite informe por el mencionado SIP y a él se acompaña copia de la historia clínica del paciente obrante en el HUGCDN, así como informes emitidos por el Coordinador del Servicio de Urgencias, el Jefe de Sección de Neurología y la Supervisora de Hospitalización del citado Centro hospitalario.

Consta también en el expediente que con fecha 9 de mayo de 2016 se procede a la apertura de periodo probatorio, en el que se declara la pertinencia de las pruebas documentales y testificales propuestas por los interesados, a excepción de determinadas testificales que se declaran de forma motivada impertinentes en el propio acuerdo. Las testificales admitidas se practican con fechas 25 de mayo y 8 de junio de 2016.

Con fecha 29 de junio de 2016 se concede trámite de audiencia a los interesados (art. 11 RPAPRP), que presentan alegaciones en el plazo concedido al efecto.

Con fecha 21 de septiembre de 2016 se solicita informe a la Asesoría Jurídica Departamental. El informe emitido pone de relieve que el informe del SIP no cumple los criterios de la Instrucción de 30 de abril de 2012 de la Dirección del Servicio Canario de la Salud para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial, por lo que estima preciso la emisión de un nuevo pronunciamiento por parte del citado Servicio. Este nuevo informe es de fecha 18 de mayo de 2017 y en el mismo se considera que la asistencia sanitaria prestada fue correcta.

El 24 de mayo de 2017 se concede nuevo trámite de audiencia a los interesados, sin que presenten alegaciones.

El procedimiento viene concluido con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, si bien que no fue sometida a informe de 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.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, al considerar que no concurre en el presente caso la necesaria relación de causalidad entre el daño alegado por los reclamantes y la asistencia sanitaria prestada a (...).

En el presente caso, efectivamente, de acuerdo con lo actuado en el expediente, procede considerar que no concurren los requisitos legalmente previstos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Así, se ha acreditado que se trataba de un paciente de edad avanzada (82 años) que padecía *miastenia gravis* y que su fallecimiento se produjo como consecuencia de un proceso séptico de origen respiratorio y no fue debido a la asistencia sanitaria que se le dispensó. Informa en este sentido el Servicio de Urgencias que el paciente

ingresó por episodios sincopales y por problemas respiratorios en las últimas 48 horas, objetivándose en el estudio radiológico realizado pinzamiento de ambos senos y datos de sobrecarga hídrica, así como retención de secreciones en base derecha. Se iniciaron por ello desde el primer momento, según indica, medidas terapéuticas, si bien la situación basal del paciente, así como el condicionante de su enfermedad de base (miastenia) condicionaron una tórpida evolución de su síndrome de respuesta inflamatoria sistémica a shock séptico y finalmente al *exitus*. Concluye por ello que la causa de su evolución final fue el señalado proceso séptico de origen respiratorio.

La enfermedad de base padecida por el paciente, la *miastenia gravis*, de acuerdo con los informes obrantes en el expediente, es una enfermedad de etiología autoinmune que se caracteriza por «provocar debilidad muscular con capacidad de fatigar la musculatura voluntaria y cuya prevalencia es de 5-15 casos por 100.000 habitantes. Hasta un 20% de pacientes afectados de miastenia gravis presentarán una “crisis miasténica” en el curso de su enfermedad, es decir una situación en la que el paciente se encuentra afecto de una debilidad de la musculatura respiratoria que precisa soporte ventilatorio. La mortalidad de la crisis miasténica, aunque ha descendido, se sitúa en la actualidad en torno al 4%» (Informe del Jefe de Sección de Neurología).

Los reclamantes sostienen que al paciente se le retiró indebidamente la medicación inmunosupresora (Prograf) que tenía pautada con motivo de la enfermedad padecida.

Esta negligencia sin embargo no se ha acreditado en el expediente; al contrario, los informes médicos y testificales practicadas, así como los estudios científicos que se adjuntan, avalan la retirada de este tipo de medicamentos cuando se cumplen en el paciente determinados criterios, pues al no estar exentos de efectos adversos no debe mantenerse eternamente. Ello fue precisamente lo que ocurrió en el supuesto analizado, pues según se señala en el Informe del Jefe de Sección de Neurología el paciente cumplía los dos criterios para la retirada del inmunosupresor, ya estaba asintomático y había permanecido en esta situación al menos los últimos dos años y medio.

En su declaración testifical, la doctora (...) que atendía al paciente indica que había pautado el inmunosupresor (Prograf) al paciente desde el mes de abril de 2008 hasta marzo de 2014, mes en el que se inicia la retirada gradual, retirándose del todo en abril del mismo año. En esta declaración pone de manifiesto, coincidiendo

con el anterior informe y la evidencia científica que se aporta en el mismo, que la retirada del inmunosupresor está indicada cuando el paciente lleva al menos un año estable y en este caso el paciente llevaba 3 años estable. Su retirada se justifica también atendiendo a que se trata de un fármaco que tiene potenciales efectos secundarios graves y solo se administra si es necesario. Por último, en lo que respecta a su retirada gradual, la doctora declaró que efectivamente se inició en marzo y finalizó en abril y el paciente acudió a consulta a finales de abril asintomático. Esta afirmación por lo demás se comprueba en la historia clínica del paciente (nota clínica de 21 de marzo -últimas revisiones asintomático. Inicio retirada del Prograft. Revisión en 1 mes- y nota de 23 de mayo de 2014: el 5 de abril suspendió Prograf. No ha notado ningún cambio. Estable. Revisión 6 meses).

Así pues, se puede considerar acreditado que no se produjo una actuación negligente de los servicios sanitarios, sino que la retirada del inmunosupresor respondió a los criterios médicos de aplicación, para lo que se tuvo en cuenta las condiciones del paciente, que permitían efectivamente que se procediera a su retirada (estaba asintomático y había permanecido en esta situación al menos los últimos dos años y medio). Tras la retirada del medicamento, el paciente permaneció además más de tres meses asintomático (crisis miasténica en julio de 2014).

2. Los reclamantes, además de lo señalado, también sostienen que se produjeron en la atención prestada al paciente una serie de negligencias:

2.1. Afirman en primer lugar que el paciente no recibió una adecuada alimentación, lo que le provocó una anemia durante el periodo en que estuvo hospitalizado.

Consta en la historia clínica del paciente sin embargo que seis días antes del alta hospitalaria mostraba unos niveles de hemoglobina de 13,30 g/dl, cifra dentro de la normalidad, por lo que, de acuerdo con el informe del Servicio de Neurología, la anemia que refieren no fue secundaria a una alimentación insuficiente y/o inadecuada del paciente, confundiendo los reclamantes anemia con desnutrición.

2.2. Los reclamantes sostienen que se produjeron determinados errores en la medicación, al pautar algunos que se encuentran contraindicados para la miastenia gravis.

Así, alegan por una parte que en el Servicio de Urgencias se le administró un enema al paciente, lo que evidencia una mala praxis al estar contraindicados en las crisis miasténicas.

En relación con este extremo informa el Servicio de Urgencias que esta afirmación de los reclamantes acerca de la contraindicación de enema no es real, ya que lo que se establece es que debe haber precaución a la hora de administrarlos por las posibles alteraciones iónicas. Estas alteraciones, indica, de poder producirse, serían por un uso prolongado o por la administración de varios en un corto periodo de tiempo y no por una única administración. En este caso al paciente se le administró un único enema que resolvió el cuadro que presentaba y además las pruebas complementarias realizadas, como los valores de potasio (4), descartaron posibles alteraciones iónicas.

Coincide en estas apreciaciones el Servicio de Neurología, que informa sobre este extremo que no existe tal contraindicación sino que deben administrarse con precaución, según recomienda la Asociación Española de Miastenia Gravis, por los trastornos iónicos que se puedan producir y por la alteración en la absorción de fármacos. A ello añade el paciente en el momento de su ingreso en Urgencias al que se refieren los reclamantes no presentaba una crisis miasténica y acudió a este Servicio por otro motivo.

Así pues, no se trata de un medicamento contraindicado ni produjo daño alguno al paciente.

Por otra parte, también alegan que se le administró un fármaco para dormir (dormodor) que se encontraba asimismo contraindicado. Consta sin embargo a este respecto en la hoja de tratamiento del paciente que la medicación pautada fue mirtazapina (rexe 15 mg) y no benzodiazepina (dormodor), si bien se produjo un error verbal por parte de la enfermera, del que se dejó constancia en el libro de novedades de la planta, ya que al hablar con el hijo del paciente sobre la medicación para dormir le indicó que se trataba de dormodor y no de la realmente prescrita.

Por último, también sostienen los reclamante en cuanto a la medicación, que los facultativos demostraron un desconocimiento sobre cómo pautar el tracólimus, señalando que por vía intravenosa puede ser mortal. Consta sobre esta cuestión en el expediente por medio de la declaración testifical de uno de los facultativos que «partiendo de la base de las circunstancias previas del paciente (los niveles séricos no eran óptimos), se planteó de forma temporal utilizar la vía intravenosa (por no más de 7 días) como medio seguro. Los posibles efectos letales, de enfermedad cerebrovascular o ictus, figuran tanto en vía oral como intravenosa como efecto poco frecuente y menos aún con las dosis más bajas que se utilizan en la miastenia». En el

presente caso se justifica por este facultativo la utilización de la vía venosa para suministrar el tracólimus, dado que se pretendía la obtención de niveles séricos óptimos.

No consta además en el expediente que esta vía de administración del fármaco produjera daño alguno al paciente.

2.3. Alegan también los reclamantes que el paciente presentaba úlceras por presión que no fueron adecuadamente tratadas.

En relación con estas úlceras consta en la historia clínica que el paciente presentaba lesiones en la zona sacra e ingles desde septiembre de 2014, que fueron tratadas. En la historia clínica se definen como candidiasis y se recomienda prevención de las úlceras, pautando el dermatólogo Fungarest. Consta también en la historia clínica diversas anotaciones sobre la actitud poco colaboradora del paciente a los cambios posturales que se le recomendaban a fin de evitar estas lesiones.

2.4. Plantean los reclamantes que los facultativos «obligaron al alta» al paciente.

Lo actuado en el expediente (informe de Neurología, testificales y notas clínicas) permite sin embargo entender que esta situación no se produjo, sino que se le transmitió a la familia que el paciente en un momento dado estaba en disposición de ser dado de alta, bien a su domicilio o un centro concertado, situación que fue aceptada por el paciente y la familia.

De la testifical practicada a una de las facultativas que atendieron al paciente resulta que al paciente se le dio el alta bajo criterios de estabilidad clínica de más de un mes y la situación general del paciente era buena.

2.5. Por último sostienen los reclamantes que la causa del fallecimiento fue probablemente la septicemia que se le ocasionó al no curar la gastrostomía que hubo de serle practicada, ya que le dieron el alta al día siguiente.

A este respecto indica el Servicio de Neurología que la gastrostomía es un procedimiento que para su realización no requiere ingreso hospitalario y que se realiza de forma rutinaria a pacientes ambulatorios.

Por otra parte, en el expediente no se encuentra acreditado que la gastrostomía que le practicaron al paciente le causara la alegada septicemia y sí consta en las anotaciones clínicas que su fallecimiento fue debido a un proceso séptico de origen respiratorio (infección respiratoria, neumonía grave), no relacionado por tanto con

aquella que presentó una evolución tórpida en un paciente de avanzada edad y con una enfermedad de base, como es la miastenia gravis.

Se considera por consiguiente conforme a Derecho la desestimación de la reclamación que se propone.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución que desestima la reclamación es conforme a Derecho.