



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 11 de enero de 2018.

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 (...), actuando en su propio nombre y en representación de sus hermanos, por daños ocasionados por el fallecimiento de su madre (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 450/2017 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 del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. Los interesados en este procedimiento no han cuantificado la indemnización que solicitan. Sin embargo, la Administración ha solicitado el presente Dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización supere los 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 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

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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.

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. (...), actuando en su propio nombre y en representación de sus hermanos, formula 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 a consecuencia de la cual entiende que se produjo su fallecimiento.

Los reclamantes alegan en su escrito inicial, entre otros extremos, lo siguiente:

«1. Que tras años de infecciones de orina recurrentes y hematurias, a la paciente se le deriva a Ginecología el 18.05.2012 por juicio diagnóstico "sangrado postmenopáusico". El 19.06.2012 acude a la consulta y se solicita ecografía ginecológica. La citada ecografía se realiza el 18.08.2012 donde en resultados se expresa claramente "se recomienda cistoscopia". El 6.02.2013 desde Ginecología se remite al Servicio de Urología para realización de cistoscopia "si procede". La Cistoscopia se realiza el 26.07.2013 donde se hace un diagnóstico provisional de cáncer vesical y se le incorpora en esa misma fecha en lista de espera para la realización de una RTUV (Resección transuretral de vejiga). El día 26.07.2013 la paciente firma consentimiento informado para la RTU, el 13.08.2013 se le cita para el consentimiento informado de anestesia y sedación preoperatorio y el 9.10.2013 ingresa en el Hospital (Servicio de Urología) para someterse a la operación, la cual se suspende por "patología activa de la paciente" el día 10.10.2013. Ante esta nueva situación (patología activa sin determinar aún) el día 11.10.2013 se le realiza a la paciente un aspirado de médula ósea (consentimiento informado firmado en esa misma fecha) y se le da el alta hospitalaria ese mismo día.

2. Este retraso en el diagnóstico del cáncer vesical motivó que el mismo se uniera a otro nuevo diagnóstico que complicaría su extirpación.

3. Con fecha de emisión 15.10.2013, el informe de aspirado medular concluye una leucemia mieloide aguda compatible con neoplasia mieloide relacionado con terapia previa recibida por cáncer de mama (quimioterapia y radioterapia). En el informe de citogenética de fecha 16.10.2013 se confirma lo anterior, así como en el informe de hibridación in situ fluorescente el día 28.10.2013. Es de destacar que el día 13.06.2012 el Dr. (...) dio el alta a

la paciente en cuanto a sus revisiones anuales de oncología médica post-cáncer de mama (en tales revisiones anuales no se hacían analíticas de sangre para analizar su evolución hematológica).

4. En semanas posteriores del mes de octubre de 2013 (y posteriores al aspirado de médula) se le comunica verbalmente a la paciente su patología (...). Debido al carácter incurable de la enfermedad recién diagnosticada a su edad (71 años) y a sus comorbilidades, era imposible un trasplante de médula y una quimioterapia intensiva curativa. Por ello se decidió la administración de un medicamento llamado azacitidina que a pesar de su enfermedad incurable, suponía su única oportunidad terapéutica que le permitiría aumentar su corta esperanza de vida con cierta probabilidad. De hecho, una vez autorizado el citado medicamento por parte de la gerencia/ farmacia del hospital, se citó a la paciente para el día 11.11.2013 a las 8:30 para la primera dosis del citado tratamiento.

5. El día 29.10.2013 la paciente vuelve a ingresar en Urología del Hospital para la RTUV, donde a pesar de los (...) datos analíticos, el día 30.10.2013 se le practica la citada operación, con una segunda reintervención debido a hematuria postquirúrgica durante la mañana.

6. No tengo conocimiento de la existencia del consentimiento informado para la primera RTUV de este día (para la reintervención sí hubo), pero en caso de haberlo habido, la nueva situación hematológica de la paciente, unido a su situación de paciente anticoagulada con Sintrom, quizás no era una situación óptima y/o recomendada para realizar la operación, pues los riesgos serían mayores que los beneficios.

7. El informe anatomopatológico de 31.10.2013 confirma el diagnóstico provisional de 26.07.2013, emitiendo un diagnóstico de "carcinoma urotelial papilar, de bajo grado de la clasificación de la OMS (2004) no infiltrante" [tumor de buen pronóstico (...)].

8. El día 02.11.2013 el Dr. (...) (Urología) procede a dar de alta a la paciente, la cual se va del hospital con dirección a su domicilio (...).

9. A su llegada a Arucas y pasado menos de una hora del alta hospitalaria, la paciente recibe una llamada del Hospital (...) para que regrese de nuevo al hospital, a la misma planta (...) con el objeto de recibir una transfusión de sangre.

10. A las 13:00 horas la paciente ya se encontraba de nuevo en el hospital (...). A pesar de la gravedad de los resultados de la analítica y del carácter cardiópata de la paciente, la bolsa de sangre llega con un retraso inexcusable, aproximadamente a las 19:00 horas, esto es, cinco horas más tarde de la nueva llegada de la paciente al hospital, u ocho horas más tarde de los resultados de la analítica, lo cual implica que la petición de la sangre no se hizo urgente (...). La enfermera toma la temperatura a la paciente y decide no realizar la transfusión alegando que tiene décimas y obviando el deterioro en que se encontraba la

paciente en ese instante. Al ser fin de semana el Dr. (...) no estaba físicamente en el hospital, pues se encontraba de guardia y después de muchas peticiones de la familia al poco personal de la planta (un enfermero y una auxiliar) el médico llegó a las 6.30 del día 03.11.2013 alegando verbalmente que "en vista a las patologías de la paciente, no hay nada más que hacer" y vuelve a irse. El deterioro de la paciente era cada vez más progresivo y en vista de su situación, entre otros parámetros, con saturación de oxígeno muy baja e incompatible con la vida, decide llamar al Servicio de Reanimación, adonde se llevan a la paciente y donde la misma queda ingresada en UCI hasta el día 11.11.2013, quedando varios días intubada e inconsciente, donde su vida corría serio peligro, ya que había sufrido insuficiencia cardiaca congestiva, edema pulmonar, etc., tal y como lo demuestran los informes de radiología realizados durante el tiempo que estuvo en UCI de reanimación.

11. El día 11.11.2013 recibe el alta en la UCI de reanimación y es ingresada de nuevo en la planta de Urología, pero bajo supervisión de Hematología (paciente periférico). Su inmovilidad era total (de pies y manos) y recibía alimentación por vía nasogástrica.

12. El día 13.11.2013 (...) vuelve a ser ingresada en la citada UCI debido a su deterioro general (...).

13. En una evidente mala organización se cita a la paciente para el día 04.11.2013 para consulta de cardiología preoperatorios. Esto es, una consulta preoperatorio después de haber pasado cinco días de la intervención (...).

14. El día 19.11.2013 ingresa en la planta de Hematología del hospital hasta el día 09.01.2014 donde debido al deterioro de su estado de salud (y afectación de órganos vitales) producido por lo descrito en los apartados 10 y 11 la paciente perdió su única oportunidad terapéutica señalada en el apartado 4. En estas semanas recibió inicialmente nutrición por vía parenteral y muy lentamente iba recuperando la movilidad de piernas y manos, pues su inmovilidad era casi total, necesitando el auxilio de otra persona para tareas básicas como comer y ducharse (todo ello encamada).

15. El deterioro físico motivado por un periodo largo de encamamiento, poca celeridad en la recomendación de rehabilitación hospitalaria y la presión por "liberar camas" en el área de Hematología del hospital obliga a solicitar por parte médica un centro concertado con el Servicio Canario de la Salud (fecha de informe de solicitud 26.12.2013), concretamente el Hospital (...), donde se traslada la paciente el día 09.1.2014 (...). Entre las recomendaciones realizadas a este Hospital Concertado sólo figura la rehabilitación y fisioterapia, pero no se realizan recomendaciones propias para la leucemia, patología de la paciente (...) y se emplaza a un familiar a acudir al Hospital Dr. Negrín con los resultados de las analíticas a realizar en el Hospital concertado. A la paciente se la ingresa en una habitación con dos pacientes más, con los riesgos de infección que ello implicaba dada su débil situación inmunológica (...). Además el personal sanitario de este centro concertado no estaba preparado para este tipo específico de patologías, ni los protocolos a seguir con este tipo de

pacientes (abundaban las gripes, catarros, etc, entre el personal de enfermería y limpieza, que no solicitaban baja médica por miedo a perder sus puestos de trabajo temporales). La paciente contrajo gripes e infecciones de orina. La noche del 04.03.2014 un enfermero produjo a la paciente una flebitis en el antebrazo derecho durante una transfusión (retrasada) debido a su poca práctica, con el riesgo que ello conllevaba en cuanto a una nueva infección.

16. La paciente no recibía atención especializada (ya que no había hematólogo que pasara "consulta "por su habitación) sino la de un médico generalista, el Dr. (...) solicitaba las analíticas, las transfusiones que procediesen y que "firmaba" bajo el sello de "Medicina Interna". De hecho administró Epopen (eritropoyetina) a la paciente sin consultar con el Servicio de Hematología del Hospital Dr. Negrín y a partir de tal administración se observó un claro aumento de leucocitos y disminución de plaquetas. A todo esto hay que añadir continuos retrasos en las transfusiones de sangre, ya que no disponía de banco de sangre propio, con lo grave que ello suponía para la paciente afectada de leucemia y cardiópata.

17. El día 12.03.2014 a través de la intermediación de la familia de la paciente se solicita el traslado de nuevo al Hospital Dr. Negrín puesto que había sospecha de neumonía y ese hospital concertado no tenía medios suficientes, ni personal médico especializado para la leucemia ante esta nueva contingencia.

18. Ya ingresada de nuevo en el Hospital Dr. Negrín se trata con antibioterapia y se le somete a dos intervenciones en Radiología Vasculat Intervenatista para colocarle un catéter venoso central, puesto que el primero colocado el día 14.03.2014 se infectó ya que erróneamente se colocó a través del brazo donde había flebitis.

19. El día 29.03.2014 la paciente fallece debido a una sobre infección respiratoria descrita anteriormente a pesar de ser tratada (infructuosamente) para esta infección contagiada en el Hospital concertado».

Los reclamantes consideran que el Servicio Canario de la Salud tiene el deber de resarcir los daños sufridos y que concretan en los siguientes: el retraso en diagnóstico de cáncer vesical; el alta médica improcedente el día 2 de noviembre de 2013; el retraso excesivo en una transfusión (y no realizada) el mismo día; la pérdida de la única oportunidad terapéutica que tenía la paciente para su patología hematológica y, por último, el traslado a un centro concertado sin las debidas garantías de atención médica especializada para su grave patología.

No cuantifican la indemnización que solicitan.

2. En el presente procedimiento los reclamantes ostentan la condición de interesados en cuanto titulares de un interés legítimo, ya que pretenden el resarcimiento de un daño que han sufrido en su esfera moral como consecuencia,

presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a 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.

En el expediente se encuentra asimismo pasivamente legitimado el Hospital (...), en su calidad de centro concertado. Ello justifica que en la tramitación del procedimiento se le haya remitido copia de la reclamación, notificado la Resolución de admisión a trámite de la misma, solicitado en la proposición de medios probatorios y otorgado posteriormente el preceptivo trámite de audiencia.

3. El fallecimiento de la madre de los interesados acaeció el 29 de marzo de 2014, por lo que la reclamación, presentada el 10 de octubre de 2014, no resulta extemporánea, al no haber transcurrido el año, desde el acaecimiento del evento lesivo, que al efecto prevé el artículo 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 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.

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, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite mediante Resolución de la Secretaría del Servicio Canario de la Salud de 25 de noviembre de 2014 (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 23 de agosto de 2016 se emite informe por el mencionado SIP y a él se acompaña copia de la historia clínica de la paciente obrante en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN), así como en el correspondiente Centro de Atención Primaria y en el Hospital (...). Se adjuntan asimismo los informes de los Servicios de Urología y Hematología del HUGCDN y del Servicio de Medicina Interna del Centro concertado.

Consta también en el expediente que con fecha 9 de diciembre de 2016 se dicta acuerdo probatorio, en el que se aceptó la prueba documental propuesta por los reclamantes en su escrito inicial y se incorporaron los informes y documentación recabados por la Administración. En este acuerdo también se inadmitió la prueba testifical de los propios reclamantes, que había sido asimismo propuesta por ellos. Por último, se ordenó el pase al siguiente trámite del procedimiento, toda vez que la prueba documental ya se encontraba incorporada al expediente.

El 12 de diciembre de 2016 se concede trámite de audiencia a los interesados, así como al Centro concertado (art. 11 RPAPRP), sin que se presentaran alegaciones en el plazo concedido.

Con fecha 19 de abril de 2017 se solicita informe complementario al SIP, que se emite el día 3 de mayo, y se otorga posteriormente nuevo trámite de audiencia, en el que no se presentaron alegaciones.

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, los reclamantes fundamentan su pretensión en diversas causas, como ya se ha señalado, entendiéndose que la atención sanitaria prestada a su madre no lo fue en las debidas condiciones.

Por su parte, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada, al sostener que no existe relación de causalidad entre el daño alegado por los interesados y la asistencia sanitaria. Estima que esta asistencia, ante la pluripatología que presentaba la paciente, fue conforme a la *lex artis*.

2. Sostienen en primer lugar los interesados que se produjo un retraso en el diagnóstico del cáncer vesical padecido por su madre.

Sobre esta cuestión, el SIP en su informe, atendiendo a los datos obrantes en la historia clínica de la paciente, concluye que no se produjo el alegado retraso diagnóstico. Estos datos son los siguientes:

- Se trata de una paciente de 70 años, con antecedentes patológicos de carcinoma en mama derecha de tipo ductal infiltrante diagnosticado en 1998 y que fue tratada con mastectomía y posterior quimioterapia y radioterapia. Tiene como secuela linfedema de axila derecha. Estuvo en control de esta patología hasta 2013, con valoración del linfedema crónico en brazo derecho. Histeroscopia diagnóstica en el año 2009 por metrorragia postmenopáusica, tras lo cual se diagnostica pólipo endocervical.

- Desde el 21 de mayo del 2012, el Servicio de Urología del Hospital Dr. Negrín realiza seguimiento de la paciente, con controles posteriores con fechas 4 de junio, 15 de octubre y 12 de diciembre de 2012.

- El 18 de mayo del 2012, acude a su médico de cabecera refiriendo dos episodios de sangrado, referido por la paciente como sangrado vaginal. Teniendo en cuenta sus antecedentes de sangrado postmenopáusico, fue remitida al ginecólogo.

- Es valorada en Consulta Externa de Ginecología por metrorragia posmenopáusica, en fecha de 19 de junio de 2012. Tras dicha valoración, se solicita ecografía ginecológica, que se realiza el 17 de agosto de 2012, en la que se objetiva un endometrio atrófico, observando en vejiga urinaria formación de tipo endotelial y aspecto coralino. Tras estos resultados se remite al Servicio de Urología del Hospital Dr. Negrín, con fecha 6 de febrero de 2013.

- El Servicio de Urología atiende a la paciente el 17 de abril de 2013, solicitando la cistoscopia. Tras realización, el 26 de julio de 2013, se incluye en lista de espera para RTUV (resección transuretral vesical). La paciente firma consentimiento informado el 26 de julio de 2013.

Se escribe en historia clínica del Servicio de Urología el día 31 de julio de 2013 que se ha objetivado carcinoma vesical, pendiente de operar. A partir de aquí se

realiza el preoperatorio. Consta que la paciente se encuentra en tratamiento con Sintrom, por fibrilación auricular. En la hoja preoperatoria de 13 de agosto de 2013, se observan los resultados analíticos, los del ecocardiograma, el holter, etc., ya realizados.

- El 9 de octubre de 2013 ingresa en el HUGCDN programada para RTUV. Los resultados de la analítica efectuadas el día 10 de octubre presentan neutropenia y anemia, y además se valoran las analíticas efectuadas por nefrólogo privado el día 8 de octubre, donde presentaba también bicitopenia, sin clínica infecciosa. Aporta, además, informe cardiológico privado. Ante estos resultados, se suspende la cirugía programada, se solicita estudio a cardiología y estudio por hematología, que comienzan de forma urgente.

- El informe del estudio de la punción con aspiración medular, que se realiza a la paciente concluye en diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda, los hallazgos sugieren compatible con neoplasia mieloides relacionado con terapia previa (quimioterapia).

Se informa por hematología el 22 de octubre de 2013: «mujer de 71 años con recién diagnóstico de Leucemia Mieloblástica Aguda con citogenética adversa no candidata a quimioterapia intensiva; se comenta en sesión clínica y se decide tratamiento con 5-azacitidina. Se habla con Urología para realizar intervención quirúrgica programada previa al diagnóstico de la lesión vesical, quedando pendiente de ingreso para ello. Por nuestra parte en principio no hay contraindicación».

A la vista de estos antecedentes, el SIP estima que no se produjo un retraso en el diagnóstico del carcinoma vesical, habida cuenta que empieza por estudiarse una hemorragia postmenopáusica, que además ya la paciente había tenido algunos años antes, y que ella misma definía como vaginal. Se realiza estudio, no se observa patología ginecológica, y tras ecografía se remite a Urología que inicia estudios que culminan en cistoscopia y posterior cirugía.

Por lo que se refiere al tratamiento quirúrgico practicado, tampoco se observa este retraso, dado que la intervención inicialmente programada, para la que la paciente suscribió el consentimiento informado, hubo de ser pospuesta por el estado en que se encontraba. En este sentido, informa el Servicio de Urología del HUGCDN que «la paciente ingresó el día 9 de diciembre de 2013 para ser intervenida quirúrgicamente al día siguiente y, como es preceptivo en este tipo de pacientes, se le hace una analítica previa. En esta analítica se pone en evidencia la existencia de una neutropenia y anemia de nueva aparición, lo que desaconseja la cirugía en ese

momento y se procede a suspenderla, al tiempo que se hace interconsulta al Servicio de Hematología, que procede a la punción aspiración de médula ósea. Es alta hospitalaria ese mismo día para seguir estudio por parte de hematología y, al mismo tiempo, sigue en activo su reingreso para ser tratada de los tumores vesicales». La intervención fue finalmente practicada el 30 de octubre de 2013, «al comprobar en la analítica preoperatorio un estudio de coagulación que es rigurosamente normal y por ello no se contraindica la cirugía, puesto que en ese momento la paciente tiene las mismas posibilidades de sangrado que cualquier paciente que nunca haya tomado Sintrom. Asimismo, en la analítica se aprecia una anemia que tampoco contraindica la cirugía y que es un hecho consustancial con su patología hematológica». La paciente sufrió una complicación tras esta cirugía (hematuria y coágulos endovesicales) por la que hubo de ser reintervenida, presentando un postoperatorio sin complicaciones.

Por último, indica el SIP que la actuación sanitaria en orden al tratamiento del carcinoma vesical no produjo una pérdida de oportunidad para la paciente. Indica que ni esta patología, ni la asistencia que recibió por ella, están relacionadas con su fallecimiento. Se fundamenta esta conclusión en el tipo de lesión que padecía, ya que, según el diagnóstico anatomopatológico, se trataba de un «carcinoma urotelial papilar de bajo potencial de la clasificación OMS (2004), no infiltrante», y de acuerdo con esta clasificación, estos tumores no deben ser etiquetados de cáncer, por lo que no produciría la muerte de la paciente. El fallecimiento, indica, tuvo su causa en la leucemia mieloide aguda que también padecía, las complicaciones derivadas de ésta y la inmunosupresión secundaria a dicho padecimiento.

En cuanto a esta enfermedad, la leucemia, refiere el SIP que existen una serie de efectos tardíos o efectos secundarios, que se producen meses o años después de tratamiento contra el cáncer. Así, tras un tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia se pueden producir daños en las células madre de la médula ósea, esto aumenta el riesgo de leucemia aguda o mielodisplasia. La Leucemia Aguda Mieloblástica (LAM), es un tipo de cáncer de la sangre, que afecta a la médula ósea, formadora de células sanguíneas, en el que no se producen partes normales de la sangre o éstas son anormales. Los agentes quimioterápicos actúan sobre el ciclo de reproducción celular (deteniéndolo) y esto puede llevar a la producción de defectos en el material genético, que provoca generalmente la muerte celular. Pero cuando estas células no se mueren aparecen mutaciones, que aumentan el riesgo de segundas neoplasias. El pronóstico de las LAM depende, sobre todo, de la edad del paciente y del subtipo de que se trate. Las edades avanzadas, (mayores de 60 años),

las secundarias a tratamientos previos, así como la presencia de determinadas anomalías genéticas/moleculares son factores de mal pronóstico. Las LAM secundarias a tratamientos previos de quimioterapia suelen presentar anomalías genéticas. A esto se añade las personas incapaces de tolerar un tratamiento agresivo, debido a patología existente y otras cuestiones. Las patologías añaden peor pronóstico, además a la supervivencia, y a las complicaciones que pueda sufrir este tipo de pacientes.

En el caso de esta paciente, que había sido intervenida de cáncer de mama y sometida a quimioterapia, indica el SIP que la LAM debutó en octubre de 2013 y de forma aguda, sin que las analíticas presentes con anterioridad en su historial clínico evidenciaran afectación sanguínea del tipo de leucemia.

De todo lo señalado resulta pues que no se produjo un retraso en el diagnóstico del cáncer vesical, dado que inicialmente la paciente fue valorada por una posible patología ginecológica, ante los síntomas relatados por ella, y fue derivada al Servicio de Urología al observarse los resultados de la ecografía practicada. En este Servicio fue debidamente diagnosticada y programada la intervención quirúrgica, que hubo de posponerse atendiendo al estado de la paciente y se llevó a cabo cuando sus condiciones lo permitieron. Asimismo, se resolvió la complicación padecida. Toda esta actuación además no produjo pérdida de oportunidad para la paciente, dado que la patología que provocó su fallecimiento era ajena al cáncer vesical.

3. Alegan en segundo lugar los reclamantes que la paciente recibió el alta de forma improcedente tras la intervención quirúrgica del carcinoma vesical.

Ya se ha señalado que la paciente fue intervenida quirúrgicamente por medio de RTU vesical el 30 de octubre de 2013. Tras una intervención sin problemas, en el postoperatorio se produce una hematuria persistente, por lo cual es reintervenida y transfundida, a las ocho horas de la primera intervención, sobre las 19:15 horas, resolviéndose esta complicación, que figuraba además como uno de los riesgos posibles en el consentimiento informado suscrito.

La paciente recibe el alta el 2 de noviembre, según consta, tras un postoperatorio que cursó con normalidad, sin sangrados, lavados vesicales limpios y posterior retirada de sonda vesical, después de lo cual la paciente orina normalmente, que son los parámetros necesarios, de acuerdo con el informe del SIP, después de tres días de ingreso, para el alta hospitalaria en este tipo de intervenciones. Una razón importante, añade, es que en estos pacientes la

permanencia hospitalaria sin una razón de fuerza puede conllevar una alta posibilidad de infecciones nosocomiales *versus* neumonía.

Según indica el informe del Servicio de Urología, el día 2 de noviembre se solicita un hemograma y se da a la paciente el alta hospitalaria condicionada al resultado de dicha analítica, si bien se cursó sin conocer este resultado. Al obtener éste, en el que se apreciaba una anemia severa, se llama a la paciente a su domicilio para que vuelva a ingresar. Indica el SIP que esta llamada se produjo con espacio de tiempo de menos de una hora para que volviera a ingresar, pues el resultado de la analítica llegó a las 12:00 horas y a las 13:00 horas ya se encontraba la paciente en el hospital. No consta en el expediente que el alta dada en estas condiciones, antes de conocerse el resultado de la analítica, causara daño alguno a la paciente, pues la evolución posterior fue consecuencia de las propias y graves patologías que sufría.

4. Sostienen también los reclamantes que el día 2 de noviembre de 2013 se produjo un retraso en la transfusión, que no llegó a realizarse, con pérdida de la única oportunidad terapéutica que tenía su madre.

Consta en el expediente que la petición de transfusión por parte de Hematología el día 2 de noviembre no se realizó de forma urgente, si bien dicho concentrado de hematíes ya se encontraba en la planta de Urología a las 16:40 de ese mismo día, por lo que no se produjo tardanza.

Consta también que la transfusión no se realizó, no por el alegado retraso que aducen los interesados, sino por la presencia de fiebre en la paciente, (no décimas como refieren los reclamantes), en la historia clínica consta 38 grados, cuya causa había de determinarse. Mediante las pruebas complementarias practicadas y con la ayuda de Hematología se descarta que sea postquirúrgica. La causa es oncológica, secundaria a su patología.

Es el día 3 de noviembre del 2013 cuando la paciente empeora rápidamente su estado general, presentando disnea de manera súbita, trabajo respiratorio, desaturación de gases y se observa tras las pruebas diagnósticas evolución a infiltrados pulmonares bilaterales, derrame pleural y derrame pericárdico. Ingresa en Reanimación y realizan transfusión de 1 concentrado de hematíes. Se vuelve a transfundir el día 4 de noviembre, 2 concentrados de hematíes, con respuesta favorable, y pasa de nuevo a la planta de Hematología el 19 de noviembre.

Concluye por ello el SIP que las complicaciones sufridas se determinan con base en la inmunodepresión secundaria a la leucemia y fueron las que determinaron el

retraso de la transfusión. Vino motivado por la presencia de fiebre de 38 grados centígrados y el Servicio de Hematología primero tenía que saber si el origen de esta fiebre era oncológico o postquirúrgico. Una vez determinado su origen oncológico, la transfusión se realizó posteriormente, cuando Hematología creyó oportuno, y fue al día siguiente.

Por lo que se refiere a la pérdida de oportunidad terapéutica, consistente en que no se le pudo administrar el tratamiento con 5-Azacitidina, también está acreditado que no fue debido al alegado retraso en la transfusión, que no se produjo, sino al deterioro general del estado de la paciente.

Pone de manifiesto el SIP que la cuestión de pérdida de oportunidad terapéutica ocurre por las incidencias de la propia enfermedad de la paciente, problema de su patología oncológica y las complicaciones sufridas dentro del contexto de la paciente, con patologías múltiples e importantes, su edad, la disminución de defensas por su cáncer, etc. Son éstas las causas del retraso en el inicio del tratamiento oncológico y de su continuidad. Así, como también refiere el SIP, con respecto al tratamiento con 5-Azacitidina, la paciente tenía cita el 11 de noviembre para su inicio. Pero ese mismo día le dan alta en Reanimación a planta de Hematología, donde permanece dos días y vuelve a ingresar en Reanimación, debido a empeoramiento de su estado de salud. Por ello fue imposible comenzar por las circunstancias médicas de la paciente y se deja pendiente a evolución. Estando de nuevo en planta de Hematología, a partir del 19 de noviembre de 2013, se está recuperando todavía con antibióticos, pero debido a sus comorbilidades se decide tratamiento conservador por parte del Servicio de Hematología. La no administración del tratamiento inicialmente pautado fue debido por tanto a la propia evolución de las patologías de la paciente y no guarda relación con la actuación sanitaria.

5. Alegan por último los interesados que la paciente fue trasladada a un Centro concertado sin las debidas garantías de atención médica especializada para su grave patología.

A este respecto, consta informe clínico de 26 de diciembre de 2013 del Servicio de Hematología, tras el reingreso de la paciente en este Servicio el 19 de noviembre procedente de Reanimación. En el mismo se indica que «dada la buena evolución reingresa de nuevo para progresar en procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Durante su estancia en este Servicio, la paciente recibió antibioterapia de amplio

espectro, concentrado de hematíes y plaquetas, cuando fue necesario. A su vez maniobras de rehabilitación y fisioterapia».

Indica el SIP que debido a las comorbilidades, se decide actitud conservadora, manteniendo como único tratamiento transfusiones sanguíneas para conseguir que la hemoglobina estuviese por encima de 9 gramos % y que, debido también al deterioro físico secundario a encamamiento prolongado y su polineuropatía se decide traslado a un centro concertado para rehabilitación y fisioterapia.

La paciente es trasladada el 9 de enero de 2014 al Hospital Nuestra Señora del (...), si bien seguiría en control con su Centro de referencia(HUGCDN), que hizo un seguimiento de su estado, solicitando analíticas y transfusiones periódicas hasta tener hemoglobinas de 9 gr.%. La paciente presentó a partir del 11 de marzo complicaciones respiratorias, por lo que se procede al traslado de la paciente al HUGCDN, donde permaneció ingresada hasta su fallecimiento el 29 de marzo de 2014.

Pues bien, en relación con el traslado al Centro concertado, informa el Servicio de Hematología del HUGCDN que, debido a la evolución de la enfermedad y considerando que podría continuar su tratamiento con carácter paliativo fuera de un hospital de tercer nivel, se solicita su ingreso en centro concertado, si bien durante el periodo en que estuvo ingresada en este Centro, la paciente fue citada regularmente en el Hospital, recibiendo tratamiento y/o transfusiones cuando el hematólogo lo consideraba necesario.

De forma más extensa, indica el SIP en su informe lo siguiente:

«9.- Razones para el traslado al Hospital (...), son la actitud a seguir en cuanto al tratamiento, por un lado mantener la hemoglobina por encima de 9 gramos %, lo que se realiza transfundiendo concentrados de hematíes.

Por otro lado el deterioro físico secundario a encamamiento prolongado y la polineuropatía, necesita rehabilitación y fisioterapia.

Estas dos necesidades se pueden realizar en el Hospital al que se traslada la paciente.

Tras la lectura de la historia clínica se observa que consiguieron pudiera caminar por los pasillos del Hospital, tras adecuada rehabilitación, y la mejora de los niveles de hemoglobina. Es un tratamiento paliativo, como bien dice la Jefa de Servicio de Hematología en su informe clínico, Dra. (...).

Le realizan transfusiones de concentrados de hematíes a instancias de la propuesta de Hematóloga del Hospital Dr. Negrín, con seguimiento exhaustivo. Se realizan analíticas diarias

de hemoglobina. Y análisis más intensos semanales. Se siguen las pautas de dicho Servicio de Hematología.

Las analíticas y los pormenores eran semanalmente llevados por un hijo de la señora al Hospital de día del Dr. Negrín para ser evaluados por el Servicio de Hematología por orden expresa y previa de dicho Servicio.

La paciente tiene cita en Hematología del Dr. Negrín para realización de aspirado de médula ósea el 18 de marzo de 2013 y valorar el estado de su patología. Hay seguimiento y control claro por dicho Servicio.

Existe un concierto entre el SCS y el Servicio de Medicina Interna del Hospital (...), y hay controles con los Servicios correspondientes del Hospital de referencia.

10.- La paciente llega al Hospital (...) sin neutropenia, caso de lo cual no se podría admitir. No era necesario aislamiento de la misma.

Los pacientes que coincidieron en la habitación con (...), no presentaban patología infecciosa alguna, el riesgo de contagio era nulo prácticamente", según informe del Dr. (...), Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital (...).

La familia está informada de todo el proceso, según transcurre de la historia clínica.

La EPO (es una hormona, la eritropoyetina que regula la formación de hematíes) formó parte del tratamiento durante el ingreso de la paciente en el Hospital (...), no estaba contraindicada, según aducen en la reclamación, y su empleo fue supervisado como todo lo demás, por el Servicio de Hematología.

La flebitis que sufre la paciente, no guarda relación con la infección nosocomial adquirida, no hay relación causa-efecto. Es un paciente de riesgo para dicha patología, también en pacientes con largos y/o repetidas canalizaciones de las vías venosas como era el caso de la señora.

Además no hay por qué culpar de negligencia a enfermería, cuando la manipulación involuntaria del propio paciente también puede ser la causa.

11. El traslado se produce a instancias del Servicio de Hematología del Hospital Dr. Negrín, Hospital de referencia, al enterarse de las complicaciones infecciosas prefieren que la paciente sea tratada en dicho Centro hospitalario. Igualmente el Jefe de Medicina Interna del Hospital (...) requiere el traslado, coincidiendo con los doctores del Hospital Negrín.

El traslado obedece a un estado de salud complicado por la evolución de la enfermedad de base de la paciente, con inmunosupresión secundaria a la misma, que se complica con la neumonía.

La razón de estar en el (...) es instaurar controles analíticos y aportar las transfusiones necesarias, estabilizar si fuera posible, a la paciente, para el posterior tratamiento en

Hospital Negrín, ayudándola a fortalecerla físicamente con la rehabilitación, esto ocurre así en primera instancia pero llega un desencadenamiento de su enfermedad que podía haber ocurrido también en otro hospital. Ante ello se traslada, ya no hay razones para que permanezca en el Hospital (...)».

Todo lo anterior permite concluir que el traslado de la paciente al Centro concertado no produjo el agravamiento de su enfermedad ni supuso abandono o dejación de sus necesidades terapéuticas, pues el HUGCD continuó siendo su Centro de referencia. Este Centro llevaba a cabo los controles periódicos semanales de los análisis efectuados y de los tratamientos y era por tanto el que guiaba las pautas médicas que habían de aplicarse a la paciente, que no eran, consecuentemente, decisión del Centro concertado. Por último, al observarse un agravamiento de la paciente debido a complicaciones respiratorias, fue nuevamente trasladada al HUGCDN, presentando una tórpida evolución que causó su fallecimiento.

6. Los informes médicos obrantes en el expediente permiten pues, en este caso, considerar que la asistencia sanitaria prestada a la madre de los reclamantes no fue la causante de su fallecimiento, sino que éste fue debido a la evolución de su enfermedad de base, la leucemia meloide. Se ha acreditado asimismo que las distintas opciones terapéuticas practicadas dependieron del estado previo de la paciente en cada momento y que su traslado al Centro concertado no impidió los controles y tratamientos necesarios pautados por el que seguía siendo su Centro de referencia, sin que, según se ha informado, hubiera sido exigible medida de internamiento diferente de la aplicada. En definitiva, puede entonces considerarse que la atención sanitaria prestada fue en todo momento acorde a la *lex artis*, como parámetro que determina la corrección de los actos médicos, partiendo del hecho de que la obligación de los servicios sanitarios es una obligación de medios y no de resultados, pues 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.

Por ello, como ha venido manteniendo reiteradamente este Consejo siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, 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. 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. Sólo 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 (Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2007, 11 de julio de 2007, 25 de febrero de 2009 y 9 de octubre de 2012, entre otras muchas).

La aplicación de esta doctrina en el presente caso lleva a considerar, como se ha dicho que, tal como sostiene la Propuesta de Resolución, la asistencia sanitaria prestada al reclamante fue ajustada a este parámetro de la *lex artis*, pues la paciente recibió atención sanitaria adecuada a los síntomas y patologías presentados en cada momento. Se ha acreditado además la evolución de la paciente hasta su fallecimiento fue consecuencia de su enfermedad de base.

De todo ello deriva que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por (...), se considera conforme a Derecho.