

En Logroño, a 15 de septiembre de 2009, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, siendo ponente D^a Carmen Ortiz Lallana, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

74/09

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. C. M. B., en relación con los errores médicos producidos, a su juicio, en el tratamiento farmacológico de la enfermedad de epilepsia de su hija, S. L. M. O.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

En fecha 31 de octubre de 2008, D. C. M. B. presenta escrito ante la Oficina Auxiliar del Registro de la Consejería de Salud, en solicitud de responsabilidad patrimonial, reclamando la cantidad de 100.000 euros como consecuencia de la, a su juicio, errónea prescripción del tratamiento farmacológico recibido por su hija, que padece epilepsia, al considerarlos la causa de de “*varias enfermedades, mas ataques de pánico y un montón de de síntomas desagradables más*”, haciendo constar el siguiente relato de hechos:

“Mi hija, S. L. M. O., padece epilepsia, diagnosticada el día 12-10-2007 y controlada, a día de hoy, por su actual Neurólogo. Pero al inicio de su enfermedad tuvo dos errores médicos que le han provocado varias enfermedades, más ansiedad, ataque de pánico y un montón de síntomas desagradables más. Estos errores son una retirada brusca de Keppra, que le mandó la Dra. M. S., y el segundo, y demoleador, una intoxicación de Depakime provocada por el Dr. G. . Esto lo explico en informe adjunto. Por tanto, solicito una compensación económica de 100.000 euros. Una explicación, una revisión médica a fondo de mi hija, por si hubiera alguna otra patología aquí o fuera, y una promesa de que esto no le va a ocurrir a nadie más.”

Adjunta escrito en el que básicamente detalla, con mayor detenimiento, el resumen literalmente transcrito y que consta en el hoja de reclamación y en el que reitera la solicitud de compensación económica” *por los daños morales y económicos que todos estos fallos nos han podido ocasionar...para seguir luchando por la salud de mi hija e intentar su recuperación*”.

Segundo

En fecha 5 de noviembre de 2008, se dicta Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial, nombrándose Instructora del mismo, facilitándose diversa información relativa a la instrucción del mismo. De dicha Resolución se da traslado al reclamante, constando acuse de recibo de la misma en el expediente, de fecha 10 de noviembre de 2008.

Tercero

En fecha 22 de noviembre de 2008, se solicita de la Gerencia del Área de Salud-Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan de la atención prestada en el Servicio de Neurología a D^a S. L. M. O., su historia clínica relativa a la asistencia objeto de reclamación y, en particular, el informe de los Facultativos que le atendieron, así como se requiere la cumplimentación por parte de los Facultativos intervinientes, de los correspondientes partes de Reclamación. La citada documentación consta a continuación en el expediente administrativo (págs 12 a 36) y del informe del Dr. G. P. se desprende lo siguiente:

“La paciente S. L. M. O. ha sido atendida en la Sección de Neurología desde octubre de 2007, que se diagnosticó de epilepsia mioclónica juvenil, iniciándose tratamiento con Keppra, que ocasionó efectos adversos, aconsejándole la Dra. S. el cambio a Depakine, según consta en la historia clínica el día 21-12-07.

El primer día del cambio tuvo tres crisis y los padres, en contra de la opinión de la Dra S. siguieron con Keppra, según consta también en la historia clínica. El día 7-01-08, acude de nuevo por dos crisis generalizadas por lo que ingresa. En el ingreso, se le explicó a la familia que en este tipo de epilepsia el fármaco de elección es el Depakine y el hecho de haber tenido tres crisis no desaconsejaba su uso ya que no había tenido tiempo de actuar.

Estuvo ingresada desde el 7 al 10 de enero del 2008 (único contacto que he tenido con la paciente), saliendo de alta con unos niveles de Depakine de 97 microgramos/ml(normal 50-100) y con la indicación de revisión en la Consulta de la Dra. S. cuando estaba citada.

El Depakine por vía IV era aconsejable en este caso, dado que acababa de tener dos crisis y es lo recomendado.

El día 16, acudió a Urgencias por intolerancia oral e "inconexa", según consta en el informe, detectándole unos niveles de 150, por lo que le ajustaron el tratamiento.

El 18 volvió a Urgencias con la misma sintomatología, detectándole unos niveles de 103, reduciéndole de nuevo la dosis de Depakine, pendiente de la revisión que tenía el día 25-01-08.

El 5 de febrero, acude, de nuevo a Urgencias, por cefalea, niveles del Dapakine 53, aconsejándole el ingreso, según consta en el informe y firmando la familia el alta voluntaria.

El 6 de marzo, acude de nuevo a Urgencias, niveles de Depakine 105 y, en esa fecha, se decide nuevo cambio del tratamiento.

Como he apuntado más arriba, el Depakine es el medicamento de primera elección en este tipo de epilepsia y su uso en ese momento estaba aconsejado; los niveles al alta estaban en rango terapéutico. Los efectos secundarios del fármaco son frecuentes al inicio del tratamiento pero ninguno de los referidos por la familia "ponen riesgo su vida".

Por otro lado, el cuadro de ansiedad que presenta actualmente la paciente, según me ha comentado el Dr. H., no se puede achacar al fármaco, que, por otra parte, actualmente no toma; además, se le recomendó, desde la Consulta del Dr. H., que acuda al Psiquiatra.

Por último, puntualizar que, desde que estuvo ingresada en este Hospital, no ha vuelto a tener crisis epilépticas".

El informe presentado por la Dra. S. P. es del siguiente tenor literal:

"La paciente S. L. M. O. ingresó en nuestra Sección el día 12-10-2007, tras sufrir una crisis tónico-clónica generalizada. Realizado el estudio analítico, electrocardiograma y TAC craneal y, ante la ausencia de recurrencia de las crisis, a las 24 h, es dada de alta hospitalaria para continuar el estudio de forma ambulatoria (EEG de sueño y RMN cerebral). Tras el mismo, es diagnosticada de una Epilepsia Mioclónica Juvenil.

El día 28 de noviembre de 2007, acuden a la primera revisión en Consultas Externas, donde indico el inicio de tratamiento con Levetiracetam (500mg/12h, la primera semana y 1.000 mg/12h, a partir de la segunda) y siendo citada para nueva revisión en el plazo de tres meses.

El día 16 de diciembre, me comunican sus padres telefónicamente que, a partir del aumento de dosis, de 1.000, a 2.000 mg/día, se muestra muy triste, ansiosa e incluso había verbalizado alguna idea autolítica, por este motivo los cito en la Consulta para el día siguiente.

Dada la potencial gravedad de este acontecimiento, considerado como efecto adverso grave (y descrito con el uso de determinados fármacos antiepilépticos), me puse en contacto con el Departamento médico de los Laboratorios UCB (Keppra) para comunicarles la situación, decidiendo la suspensión del Levetiracetam y emitiendo el pertinente informe online al respecto al Sistema de Farmacovigilancia.

El día 17 de diciembre, acuden a la Consulta donde les informo de la decisión e indico el cambio del Levetiracetam por Valproico (con reducción de dosis de Levetiracetam, el primer día, de 1000 mg, e introducción de Valproato). La suspensión del Levetiracetam no llegó a realizarse de forma completa por presentar el día 18 de noviembre una crisis generalizada. Por este motivo fue atendida en Urgencias, donde recurrió la crisis. Ante esta recurrencia, se le indico continuar con el Levetiracetam.

El día 21 de diciembre, acuden a Consultas donde les aconsejo nuevamente el cambio de Levetiracetam por Valproico por el efecto adverso presentado y ante la incapacidad de poder prever su evolución a este respecto, cambio que desestiman, y solicitando cita en otra Consulta de Neurología”.

En el informe de Consulta Externa de 20 de enero de 2009, firmado por el Dr. H. de la B., se hace constar: *“diagnóstico: Epilepsia mioclónica juvenil en seguimiento en Consultas Externas de Neurología, con control absoluto de las crisis en el momento actual”.*

Cuarto

En fecha 21 de abril, se reclama informe a la Inspección Médica, que es evacuado en fecha 9 de julio, cuyas conclusiones, son las siguientes:

1.-Dª S. L. M. O.a es diagnosticada de Epilepsia Mioclónica Juvenil en el Servicio de Neurología del Hospital San Pedro. La documentación disponible en el expediente indica que el diagnóstico es correcto y se alcanza sin retrasos.

2.-El tratamiento inicial consiste en Keppra®, un fármaco antiepiléptico indicado para este tipo de trastornos.

3.-La pauta es correcta, pero, desgraciadamente, la paciente desarrolla efectos secundarios psiquiátricos, por lo que se decide sustituir el fármaco Keppra® por Ac. Valproico (Depakine ®).

La pauta de sustitución de un fármaco por otro es, según la documentación disponible, correcta. El Keppra ® no se retiró "todo de inmediato" como se afirma en el escrito de reclamación y, en cualquier caso, la sustitución no se llevó a cabo por sufrir la paciente dos crisis convulsivas en las primeras fases del cambio.

4.-La paciente sufre dos nuevas crisis tónico clónicas, por lo que re-ingresa en el Servicio de Neurología. Este hecho tiene lugar el 7 de enero de 2008, siendo dada de alta la paciente el día 10 de enero.

Según la documentación presente en el expediente, informe de alta e informe del Dr. G. P. (Médico Especialista en Neurología), los niveles plasmáticos de ácido valproico de la paciente se encuentran en rango terapéutico (97 microgramos/mililitro).

Según estos mismos informes y según la bibliografía consultada, la decisión de administrar ácido valproico por vía intravenosa fue correcta, toda vez que se trataba de una paciente en la que era necesario alcanzar un nivel plasmático-terapéutico de fármaco con rapidez ya que, por un lado se estaba retirando el primer fármaco prescrito (Keppra®), y, por otro, la instauración del nuevo fármaco (Ácido valproico) por vía oral se demostró lenta e ineficaz, como lo prueba el hecho de las dos crisis convulsivas que sufrió la paciente previamente a este ingreso.

No hay ninguna evidencia en la documentación disponible en el expediente de que, como se afirma en el escrito de reclamación, el ácido valproico fue administrado "a lo salvaje", como tampoco de que la vida de la paciente fuera puesta en peligro, como también se afirma en dicho escrito.

5.-Es cierto que, con posterioridad, la paciente ha de acudir al Servicio de Urgencias en dos ocasiones por presentar niveles plasmáticos elevados de ácido valproico. Si bien la paciente experimenta efectos secundarios, éstos, como explica el Dr. G. P. en su informe, son frecuentes al inicio del tratamiento y no pusieron en peligro su vida. Requirieron únicamente un ajuste de dosis, que se llevo a cabo con rapidez en cada caso.

6.-No es posible, con la documentación disponible y con la recabada por esta Inspección médica, el establecer que la paciente D^a S. L. M. O. sufra, a día de hoy, ninguna patología consecuencia, directa o indirecta, de una sobredosificación puntual de Ácido Valproico.

En consecuencia, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado a la paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario”.

Quinto

Consta, a continuación, en el expediente el informe pericial emitido a instancia de la Compañía aseguradora, cuyas conclusiones son las siguientes:

“1.-La paciente padece epilepsia de inicio en la adolescencia tipo epilepsia mioclónica juvenil.

2.-El estudio, tratamiento y seguimiento realizado es el correcto y acorde a las recomendaciones clínicas vigentes. Como sabemos, los antiépilépticos en la actualidad sólo tienden a disminuir el número de crisis, no curan la enfermedad.

3.-La paciente presentó un efecto adverso característico y potencialmentegrave con Keppra ®, que son las ideas suicidas en el contexto de un cuadro confusional y agitación, por lo que se retiró el fármaco de acuerdo a las recomendaciones actuales.

4.-La paciente presentó un efecto adverso característico y potencialmente grave con el segundo fármaco de elección que se manejó, el Depakine®, que es la trombopenia o disminución de plaquetas, con potencial riesgo de sangrados, por lo que se retiró el fármaco de acuerdo a las recomendaciones actuales. Durante el ajustado de dosis de dicho fármaco, este perito no objetiva ninguna actuación fuera del marco de lo recomendado por las guías habituales.

5.-La aparición de estos efectos adversos son impredecibles e inevitables, y, cuando ocurren, se sustituye el antiépiléptico por otro de elección.

6.-No se puede achacar el trastorno psiquiátrico ansioso-depresivo actual de la paciente a la actuación de los Médicos que la han atendido.

7.-En la actuación de los profesionales que atendieron al paciente a lo largo de su evolución, de

los datos que conocemos, no se desprenden situaciones que no estén en el marco del buen hacer médico y adecuadas a las guías de recomendaciones actualmente vigentes”.

Séptimo

El 29 de abril, se notifica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia, que es evacuado mediante comparecencia del de fecha 6 de mayo de 2009, en que se facilita a la compareciente, madre de la paciente afectada, copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento instruido en relación con la reclamación planteada

Octavo

El 23 de julio, se dicta Propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación interpuesta, que es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos en fecha 10 de agosto de 2009.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 12 de agosto de 2009, registrado de entrada en este Consejo el 4 de septiembre de 2009, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 4 de septiembre de 2009, registrado de salida el 4 de septiembre de 2009, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una Propuesta de resolución.

El art. 11,g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestros dictamen en las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. Esta cuantía ha sido elevada a 6000 euros por la Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto; por tanto, al ser la cuantía de la reclamación superior a 6.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria en general.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPC), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así, como, finalmente que ejercite su derecho a

reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos y como señala la Propuesta de resolución, la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación *de medios y no de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primera que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

Tercero

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja en el presente caso.

Aplicada la doctrina expuesta al caso dictaminado, es claro que la reclamación presentada no cumple con los requisitos exigidos por la jurisprudencia y la legislación para que pueda declararse la obligación indemnizatoria por parte de la Administración, tal como se desprende de la prueba existente en el expediente administrativo remitido a este Consejo.

En ella, se acredita que no existe relación de causalidad entre los daños alegados por la parte reclamante y la asistencia sanitaria prestada en el Hospital *San Pedro*, ya que alguno de ellos son efectos adversos propios del tratamiento pautado, Keppra y Depakine, y otros, como el cuadro ansioso-depresivo, en ningún momento se puede achacar a la ingesta de dichos fármacos, sino más bien a la frecuente asociación de estos síntomas en los pacientes con epilepsia. Queda asimismo acreditado que los Facultativos que atendieron a la adolescente observaron una práctica médica adecuada y ajustada a la *lex artis ad hoc*.

-En primer lugar, la menor fue diagnosticada de epilepsia mioclónica juvenil de inicio en la adolescencia y se ha acreditado, mediante la historia clínica y los informes obrantes en el expediente administrativo, que los daños alegados por el reclamante corresponden a síntomas propios de la enfermedad de epilepsia. Así lo avala el informe de los Especialistas en Neurología, al expresar que *"los síntomas que el padre achaca al Depakine, son un cuadro de ansioso-depresivo, de acuerdo con el diagnóstico del Neurólogo, y, como tal, sigue tratamiento con el Psiquiatra."* Y que, *"en cualquier caso, en ningún momento se puede esto achacar a un fármaco que no toma desde el 6 de marzo de 2008; mas bien, a la frecuente asociación de estos síntomas en los pacientes con epilepsia"*.

En consecuencia, no se puede "relacionar los efectos adversos que padece la paciente con la prescripción del tratamiento por parte de los Facultativos, puesto que los mismos guardan relación, única y exclusivamente, con la propia enfermedad epiléptica que presenta la paciente, como se desprende del informe de los Especialistas en Neurología, según el cual, *"no se puede achacar el trastorno psiquiátrico ansioso-depresivo actual de la paciente a la actuación de los Médicos que le han atendido"*; o, del propio informe del Dr. G. P., al manifestar que no existe relación entre el fármaco pautado a la paciente y el cuadro de ansiedad que sufre, puesto que, independientemente del tratamiento pautado, se recomendó a la paciente acudir a un Psiquiatra, expresando que, *"por otro lado, el cuadro de ansiedad que presenta actualmente la paciente, según me ha comentado el Dr. H., no se puede achacar al fármaco, que, por otra parte, actualmente no toma; además, se le recomendó, desde la Consulta del Dr. H., que acuda al Psiquiatra."*

-En segundo lugar, en cuanto al resto de los daños alegados (dolores de cabeza,

mareos, dolor de estómago, sensación de falta de aire, sofocos y un sinfín de malestares), de la historia clínica y de los informes médicos obrantes en el expediente administrativo remitido, se extrae que los efectos secundarios surgidos son frecuentes en los tratamientos pautados y, en ningún momento, *“se puso en peligro la vida”* de su hija, como pretende el padre de la afectada.

En este sentido, el informe del Médico Inspector expresa que, "si bien la paciente experimenta efectos secundarios, éstos, como explica el Dr. G. P. en su informe, son frecuentes al inicio del tratamiento y no pusieron en peligro su vida." Y el informe del Dr. G. P. considera que, en ningún momento se puso en peligro la vida de la paciente, siendo los efectos secundarios sufridos una consecuencia del propio medicamento pautado. En particular, expresa: *"los efectos secundarios del fármaco son frecuentes al inicio del tratamiento, pero ninguno de los referidos por la familia ponen en riesgo su vida"*.

-En tercer lugar, se ha acreditado también que la actuación de los profesionales sanitarios del Hospital *San Pedro* que atendieron a la paciente fue ajustada en todo momento a la *lex artis* exigida: La paciente de 15 años de edad, ingresó el día 12 de octubre de 2007 en el Hospital *San Pedro* tras sufrir una crisis tónica-clónica generalizada. En dicho momento, se le realizaron las pruebas oportunas para alcanzar un diagnóstico correcto. En este sentido, el informe de la Dra. S. P. expresa que, *"realizado el estudio analítico, electrocardiograma y TAC craneal y ante la ausencia de recurrencia de las crisis, a las 24 h, es dada de alta hospitalaria, para continuar el estudio de forma ambulatoria (EEG de sueño y RMN cerebral). Tras el mismo, es diagnosticada de una Epilepsia Mioclónica juvenil."*

La paciente fue ingresada en el Servicio de Neurología el día 12 de octubre de 2007, donde fue diagnosticada de epilepsia mioclónica juvenil, tras realizarle las pruebas pertinentes. Al principio, se le prescribió como tratamiento un fármaco epiléptico llamado Keppra. Y, sobre ello, el informe de la Inspección médica afirma que: *"el tratamiento inicial consiste en Keppra, un fármaco antiepiléptico indicado para este tipo de trastornos."*

Pasado un mes, tras instaurar el tratamiento antiepiléptico, los padres refieren que la menor se encuentra muy triste, ansiosa y con alguna idea autolítica, por este motivo, la Médico interviniente, Dra. S. P., les da cita para el día siguiente, el 16 de diciembre de 2007. A la paciente, en ningún momento se retiró la medicación pautada, sino que se sustituyó por otra medicación, como el propio reclamante reconoce en el escrito de reclamación, donde pese a denunciar que el Keppra le fue retirado a su hija *“todo de inmediato”*, reconoce que *“la Doctora nos dio orden de retirárselo todo y empezar a darle Depakine 500 mg cada hora”*. Esto es, la Dra. S. no suprimió el tratamiento, sino que le pautó Depakine, tras sufrir la paciente efectos adversos debido al tratamiento de Keppra. Así lo confirma el informe de la Dra. S., al expresar: *"El 17 de diciembre, acuden a mi Consulta donde les informo de la decisión e*

indico el cambio del Levairazetam por Valpróico (con reducción de dosis de Levetiracetam el primer día de 1000 mg e introducción de Valpróico)."

Tras el primer cambio de medicación, la paciente sufrió tres crisis, los padres continuaron suministrando a la menor el tratamiento de Keppra, tal y como consta en la historia clínica y en los informes aportados obrantes en el expediente administrativo remitido. Y, en este sentido, el Dr. G. P. explica en su informe que el tratamiento indicado respecto al tipo de epilepsia padecida por la menor es Depakine, aunque la paciente haya tenido tres crisis epilépticas, al expresar: *"el primer día del cambio tuvo tres crisis y los padres, en contra de la opinión de la Dra. S., siguieron con Keppra, según consta también en la historia clínica. El día 7 de enero de 2008, acude de nuevo por dos crisis generalizadas, por lo que ingresa."* A todo ello añade: *"en el ingreso, se le explicó a la familia que en este tipo de epilepsia el fármaco de elección es el Depakine y el hecho de haber tenido tres crisis no desaconsejaba su uso ya que no había tenido tiempo de actuar"*. Dicho informe considera que el tratamiento de Depakine es el medicamento de primera elección ante enfermedades de epilepsia como la que ahora nos ocupa, al expresar: *"Como hemos apuntado más arriba EL Depakine es el medicamento de primera elección en este tipo de epilepsia y su uso en ese momento estaba aconsejado; los niveles al alta estaban en rango terapéutico."*

Con fecha 25 de enero de 2008, tras una revisión periódica de la paciente, se objetiva, tras ser explorada y valorada, las plaquetas bajas, por lo que se plantea reducir la dosis de Depakine y se valora la posibilidad de cambiar la medicación si no mejora, a pesar del control de las crisis epilépticas. En este sentido, se manifiesta el informe de los Especialistas en Neurología, al explicitar que la paciente presentó un efecto adverso con el fármaco de Depakine y, por dicho motivo, se le retiró, en base a las recomendaciones actuales, indicando: *"la paciente presentó un efecto adverso caracterizado y potencialmente grave con el segundo fármaco de elección que se manejó, el Depakine, que es la trombopenia o disminución de plaquetas, con potencial riesgo de sangrados, por lo que se retiró el fármaco, de acuerdo a las recomendaciones actuales. Durante el ajustado de dosis de dicho fármaco, este perito no objetiva ninguna actuación fuera del marco de lo recomendado por las guías habituales."*

Por tanto, ha queda acreditado en el expediente administrativo remitido que la medicación de Depakine pautada fue el tratamiento antiepiléptico adecuado. Al presentar efectos adversos, frecuentes en este tipo de medicamentos, se cambió el tratamiento, tal y como indican las guías clínicas, y, en consecuencia, la actuación sanitaria prestada fue ajustada a la *lex artis ad hoc*.

La actuación ha sido correcta y la adaptación de la paciente al fármaco evolucionó favorablemente, pese a los primeros contratiempos, - normales al inicio de cualquier tratamiento médico de las epilepsias-, como se acredita mediante el informe del Dr. G. P., en el que manifiesta que la paciente no ha vuelto a sufrir ninguna crisis epiléptica, en los

siguientes términos: *"Por último, puntualizar que, desde que estuvo ingresada en este Hospital, no ha vuelto a tener crisis epilépticas."* En este sentido, el informe de la Inspección médica afirma que actualmente la paciente no padece ninguna enfermedad como consecuencia del tratamiento pautado y manifiesta que: *"no es posible, con la documentación disponible y con la recabada por esta Inspección médica, el establecer que la paciente D^a S. L. M. O., sufra, a día de hoy, ninguna patología consecuencia directa o indirecta"* del tratamiento pautado. El informe del Dr. I. H. de la B. refleja como diagnóstico: *"Epilepsia mioclónica juvenil, en seguimiento en Consultas Externas de Neurología, con control absoluto de las crisis en el momento actual"*.

-Por lo anteriormente expuesto, este Consejo Consultivo considera ajustada a Derecho la Propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formula por D. C. M. B. como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a su hija S. L. M. O., por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicita, al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

CONCLUSIONES

Única

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación, interpuesta por D. C. M. B. debe ser desestimada

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero