



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 8 5 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 21 de junio 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 244/2018 IDS)\**.

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

### I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

### II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de 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.

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

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues la interesada interpuso aquel escrito el 8 de febrero de 2017, respecto de un daño que quedó determinando con el fallecimiento de su madre, el 24 de febrero de 2016.

Ha de señalarse que la interesada había presentado reclamación por los mismos hechos ante el Hospital Universitario de Canarias (HUC) el 10 de junio de 2016, que le fue respondida el 20 de septiembre de 2016, dándosele las explicaciones oportunas acerca de los actos médicos realizados con su madre, no habiéndose tramitado como reclamación de responsabilidad patrimonial. Posteriormente, consta que la interesada presenta escrito de queja ante el Diputado del Común, el 17 de enero de 2017, manifestando su disconformidad ante la respuesta del HUC.

### III

1. La interesada, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que funda la presente reclamación:

«Por negligencia médica y mala praxis que sufrió mi madre tras la operación de fractura de cadera (24.11.2015) e infección cogida en el quirófano del HUC. Se hubiera solucionado, simplemente, con un cambio de clavo en la cadera (explicado por los médicos). Y no se lo hicieron por tener Alzheimer.

Durante los 3 meses de altas y bajas del HUC me han supuesto un deterioro físico y mental, al ver que no tenía en mis manos la cura de mi madre haciéndome sentir culpable de no tener los medios para curarla por privado como me habían dicho los médicos».

Añade posteriormente la reclamante que, además, la atención dispensada a su madre, y sus altas y bajas hospitalarias, han producido en ella una agravación de sus enfermedades que la imposibilitan para trabajar. A tal efecto, además de aportar documentación médica relativa a la asistencia de su madre, aporta la suya.

Solicita una indemnización que cuantifica en trámite de mejora en 150.000 euros.

## IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan las siguientes actuaciones:

- El 10 de febrero de 2017 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que ésta recibe notificación el 15 de febrero de 2017, viniendo a aportar documentación requerida el 21 de febrero de 2017.

- El 23 de febrero de 2017 se insta de nuevo a la interesada para que aporte certificado de defunción de su madre, lo que aporta el 3 de marzo de 2017.

- Por Resolución de 8 de marzo de 2017, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que recibe notificación aquélla el 16 de marzo de 2017.

- El 8 de marzo de 2017 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 2 de enero de 2018.

- El 30 de enero de 2018 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las solicitadas por la interesada, y, siendo todas documentales y obrando en el expediente, se declara concluso este trámite. De ello recibe notificación la reclamante el 1 de febrero de 2018.

- El 30 de enero de 2018 se confiere a la interesada trámite de audiencia, de lo que recibe notificación el 1 de febrero de 2018, sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 20 de marzo de 2018 se dicta Propuesta de Resolución desestimando la pretensión de la interesada, sin que se haya emitido informe del Servicio Jurídico, lo que se justifica en lo siguiente:

«Conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, modificado por el Decreto 232/1998, de 18 de diciembre, en este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico, “lejos de la actuación sanitaria y pese a ella, fue la tórpida evolución del cuadro, influenciado además por el padecimiento de base, lo que conllevó a la amputación, no relacionada con la tardanza en la remisión, ni en la intervención” (informe de los Servicios Jurídicos, de 29 de diciembre de 2016 relativo al expediente de responsabilidad patrimonial nº 29/14)».

## V

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial el del SIP.

2. Pues bien, efectivamente, debe ser desestimada la reclamación interpuesta, en los términos señalados en la Propuesta de Resolución.

Han de distinguirse dos momentos, el de la intervención misma de cadera, y el de la infección de la herida quirúrgica.

En cuanto a la intervención quirúrgica por fractura de cadera realizada a la paciente el 24 de noviembre de 2015, ésta, respecto de cuya realización nada se reclama, pues, efectivamente, estaba indicada, y se llevó a cabo en el curso de las primeras 48-72 horas, cumpliendo las reglas establecidas en el hospital para el tratamiento quirúrgico de este tipo de fracturas, aquélla transcurrió sin que constase incidencia alguna.

Es con posterioridad a la intervención quirúrgica cuando, tal y como señala el Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica en su informe de 15 de junio de 2017, la paciente evolucionó hacia una infección de la herida quirúrgica.

Al respecto señala aquel informe que ello se justificaba por la edad de la paciente (83 años), el encamamiento (se encuentra en un Centro Socio Sanitario por su enfermedad de Alzheimer), diabetes y gammapatía monoclonal que evoluciona mal junto con el resto de su patología concomitante.

Tal y como señala el informe del SIP, en cuanto a esta complicación de la intervención, ante todo debe decirse que consta en el expediente el documento de consentimiento informado (DCI) para fractura de la región trocantérea, firmado por la reclamante, como hija de la paciente, el 22 de noviembre de 2015. En aquél, además de figurar el propósito de la intervención y en qué consiste, consta con claridad que una de las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir es la infección de la herida operatoria, constando, por otra parte, que la intervención quirúrgica transcurrió sin incidencias, por lo que en ella no se observa *mala praxis*.

En este sentido, se ha manifestado este Consejo Consultivo de forma reiterada y constante, que el daño alegado no constituye un daño antijurídico cuando ha sido conocido y asumido por el paciente, en este caso, por su hija, que actúa en representación de la paciente.

Como se ha afirmado en el Dictamen de este Consejo Consultivo 76/2015, de 3 de marzo, (por todos), «siguiendo la reiterada y constante jurisprudencia del Tribunal Supremo en la materia, referida en el mismo, el consentimiento informado constituye uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía y el deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que, de concretarse este, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

En este sentido, este Consejo Consultivo ha manifestado también en multitud de dictámenes, incluido el anteriormente referido, que en el ámbito de la actuación sanitaria la responsabilidad patrimonial radica en la constatación de que en el caso concreto ha habido una actuación médica deficiente y contraria a la *lex artis*».

En este caso, a pesar de corrección de la intervención, desde el punto de vista técnico, como desde el relativo a la información previa facilitada a la paciente, se concreta en la paciente uno de los riesgos propios de la intervención.

Así pues, el daño alegado no constituye un daño antijurídico, al haber sido conocido y asumido por la paciente, en cuya representación firmó el DCI la reclamante.

Además, en cuanto a la adquisición de la infección de la herida quirúrgica, su diagnóstico y tratamiento, se ha señalado por el informe de la Jefe de Servicio de Microbiología y Control de la Infección del HUC, de 19 de diciembre de 2017, que la paciente una vez ingresada en la 5ª planta de hospitalización del HUC, fue sometida el día 24 de noviembre de 2015, tal y como está protocolizado para los nuevos

ingresos de algunas plantas del Hospital, a una toma de muestra de frotis nasal para la investigación del MRSA, que resultó positiva el día 26 de noviembre. Se procedió a realizar un aislamiento de contacto de la paciente y pauta de baños diarios con jabón de clorhexidina al 4%.

El SIP explica que el cultivo de una muestra biológica puede requerir varios días para poder confirmar o descartar el crecimiento de microorganismos en ese cultivo.

En el caso en cuestión, fue positiva a MRSA, siendo la propia paciente portadora de esta bacteria. Se explica a este respecto por el SIP que el hecho de ser portador de un determinado microorganismo implica que éste coloniza y forma parte de la flora nasal habitual. El MRSA en concreto es frecuente y habitualmente de forma crónica en la flora nasal de los ancianos institucionalizados, como era el caso de la paciente.

Además, en cuanto al tratamiento dado a la paciente, se aclara por el informe del Servicio de Microbiología que, a pesar de que el protocolo establece que de forma simultánea al aislamiento se debe proceder a la descolonización nasal de esta bacteria, en el caso de esta paciente no se pautó el tratamiento correspondiente por presentar a su ingreso *«expectoración abundante desde el último ingreso por neumonía, no ha llegado a estar normal desde el punto de vista respiratorio en ningún momento (...)»*.

En este informe se hace constar que mientras hay un foco activo no se recomienda la descolonización nasal, debiendo esperar los resultados microbiológicos de muestras respiratorias, para ver si estaba colonizada o infectada en el tracto respiratorio inferior, antes de aplicar el tratamiento tópico descolonizador.

La misma afirmación establece el SIP, al señalar que la aplicación tópica de antibiótico local con objeto de descolonización nasal no se recomienda en general, y en el caso de (...) en particular, a pacientes ancianos institucionalizados dada su escasa efectividad para prevenir la enfermedad y la mortalidad, y favorecer la resistencia antibiótica.

Finalmente, se ha constatado en la historia clínica de la paciente que sus múltiples ingresos y altas, a lo que imputa la reclamante el deterioro de su madre, se debieron a la necesidad de curar la herida quirúrgica según su situación en cada momento, aclarándose al respecto por el SIP que, una de las precauciones a adoptar ante pacientes mayores y en las condiciones de la que nos ocupa, consta que ha de ser dado de alta con la mayor rapidez posible, siempre que la situación clínica lo

permita, debido a que son susceptibles de adquirir infecciones nosocomiales implicando más complicaciones y aumento de la mortalidad. En el caso de (...) con mayor razón, debido a sus circunstancias particulares.

Al respecto, debe señalarse que constan en su historia clínica como antecedentes, previos a la asistencia que nos ocupa: HTA, Diabetes Mellitus, asma bronquial con episodios previos de infección respiratoria por broncoaspiración y riesgo de aspiración; ictus isquémico de arteria cerebral medial izquierda en 2011; Deterioro cognitivo moderado-severo progresivo; Demencia mixta (vascular-degenerativa); Dependiente para las actividades basales de la vida diaria, con trastorno del comportamiento alimentario con negativa a la ingesta, desnutrición y rechazo a los cuidados. Precisa supervisión continua. Gammapatía monoclonal IGM Kappa de significado incierto versus linfoma linfoplasmocitoide que inició estudio por Hematología, aunque dada la situación basal de la paciente, la propia familia decidió no realizar pruebas diagnósticas invasivas; insuficiencia venosa crónica y úlceras en miembros inferiores; hemorragia digestiva alta en 2011; úlcera gástrica; osteoporosis; Parkinsonismo. Ingreso en septiembre de 2015 por neumonía. Institucionalizada en centro de crónicos, siendo ingresada el 22 de noviembre de 2015 en (...), tras sufrir caída, según consta en informe sanitario de derivación del centro socio sanitario donde reside.

Dada esta situación previa de la paciente, tras cirugía de 24 de noviembre de 2016, se dio de alta con fecha 3 de diciembre de 2015 con criterios sólidos para una paciente en sus circunstancias (tras postoperatorio sin incidencias, evolución favorable, sin fiebre y sin manifestaciones de infección respiratoria y con radiografía de control correcta. Persona dependiente con residencia habitual en centro socio-sanitario).

Posteriormente ingresa de nuevo con infección urinaria y de vías respiratorias. Durante este ingreso se toma muestra de la herida quirúrgica determinando la presencia de infección por MRSA para lo cual se procedió en varias ocasiones a su limpieza quirúrgica además del correspondiente tratamiento médico.

A partir del día 7 de febrero de 2016 comienza a drenar bastante exudado, y el día 8 del mismo mes hace un pico febril, signo de que la infección estaba empeorando.

El SIP determina finalmente que el proceso de atención dentro del servicio público fue adecuado y ajustado a la *lex artis* que el caso merecía. La paciente

cumplía criterios de terminalidad de acuerdo a su pronóstico vital por lo que, de común acuerdo entre la familia y los médicos que la trataban, decidieron no aplicar más procedimientos invasivos ni gestos terapéuticos que implicaran discomfort, quedando descartada la retirada del material de osteosíntesis o cualquier otro procedimiento fútil en su contexto.

En este último sentido procede aclarar que, en contra de lo manifestado por la reclamante, no procedía para resolver el problema de la infección de la herida quirúrgica desde un primer momento retirar el material de osteosíntesis (clavo) colocado el 24 de noviembre, pues tal y como se señala en el informe del SIP, consta que valorada esta opción por el Servicio de Traumatología, se decidió no retirarlo por quedar la fractura inestable. Así, se continúa con limpieza de la herida. Finalmente, el 10 de febrero de 2017 se planteó por aquel Servicio retirar el clavo intramedular, pero ya la familia había manifestado al menos en tres ocasiones su voluntad de no realizar gestos terapéuticos que implicaran discomfort o sufrimiento de la paciente, por lo que se mantuvo con medidas paliativas tendentes a priorizar el confort hasta su fallecimiento.

De todo lo expuesto ha de concluirse la conformidad a Derecho de la Propuesta de Resolución al desestimar la reclamación de la interesada, siendo atribuibles todos los daños sufridos por la paciente y su fallecimiento a sus propios padecimientos personales y antecedentes de salud, por lo que no procede indemnizar por los daños sufridos como consecuencia de ello a la reclamante.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la pretensión de la interesada.