



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 1 8 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 11 de octubre 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 a instancia de la representación de (...), por daños ocasionados por el fallecimiento de su madre, (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 400/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante escrito de 21 de agosto de 2018, con registro de entrada en el Consejo Consultivo de Canarias el día 3 de septiembre de 2018, se solicita por el Sr. Consejero de Sanidad la emisión de dictamen preceptivo en relación con la propuesta de Resolución dictada en un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado tras la presentación de una reclamación por daños que se alegan causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. El reclamante solicita por los daños morales sufridos, una indemnización de 118.482,87 euros, cantidad que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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) que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de

* Ponente: Sra. de León Marrero.

las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

II

Concurren los requisitos constitucional y legalmente establecidos para hacer efectivo el ejercicio del derecho indemnizatorio que reconoce el art. 106.2 de la Constitución y regulan los arts. 139 y 142 LRJAP-PAC. Así:

El reclamante ostenta legitimación activa en el procedimiento incoado, *iure proprio*, pues alega daños sufridos en la persona de su madre: la condición de pariente es suficiente para ejercitar las acciones que tiendan a la reparación de los perjuicios materiales y morales que haya podido sufrir como consecuencia del fallecimiento, teniendo por tanto la condición de interesado en el procedimiento (art. 31 LRJAP-PAC).

El órgano competente para instruir y resolver de este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de Salud.

El procedimiento se inició dentro del plazo de un año desde que se produjo el hecho lesivo, tal y como exige el art. 142.5 LRJAP-PAC, pues el escrito de reclamación se presentó el 23 de noviembre de 2015 respecto de un hecho acaecido el 25 de noviembre de 2014.

El daño por el que se reclama es efectivo, evaluable económicamente e individualizado, de acuerdo con lo previsto en el art. 139.2 LRJAP-PAC.

Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del

procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

III

1. El interesado expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

- Su madre ingresó en el área digestiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) por un cuadro de disnea, ocasionada por hidrotórax derecho secundario a descompensación hidrópica.

- Tras dos semanas ingresada, el 22 de noviembre de 2014, sufre dos caídas. La primera de ellas, desde la cama, se produjo a las 00:06 h, ocasionándole fractura de rama pélvica isquiopubiana e iliopubiana con mínimo desplazamiento.

La segunda de ellas, en la habitación, se produce a las 22:00h, ocasionándole un traumatismo craneoencefálico con herida supraciliar derecha, pérdida de conciencia con posterior relajación de esfínteres y rigidez muscular.

- Se realiza un TAC a la paciente, que objetivó hemorragia subaracnoidea, además de las fracturas en zona pélvica. Ante la gravedad del estado de la paciente, se decide su traslado a la Unidad Médica Integrada (UMI).

- Una vez en la UMI, evoluciona de forma tórpida con deterioro progresivo y descompensación, hasta su fallecimiento a las 11:15 horas del día 25 de noviembre de 2014. El forense de guardia informa a la familia de que la causa del fallecimiento se debía a: «caída casual en el baño de la habitación, sufriendo un hematoma subdural parietoccipital izquierdo, fractura conminuta de rama iliopubiana e isqueopubiana y ala sacra».

- Tras la realización de la autopsia, del informe del médico forense se deduce que es un hecho indiscutido que las reiteradas caídas sufridas por la paciente le causan unas lesiones que son la causa fundamental de su fallecimiento.

El interesado entiende que, debido a la desatención y negligencia hospitalaria, la paciente sufre dos caídas en un mismo día, estando ingresada en el área Digestiva del HUNSC, que le generan unas lesiones de tal gravedad que propician su ingreso en

cuidados intensivos del hospital en el que se encontraba ingresada, por unas dolencias distintas, que no guardaban relación con la causa de su fallecimiento.

2. El SIP relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- En 1990 la paciente es diagnosticada de cirrosis biliar que requirió trasplante hepático en abril de 2002.

- En junio de 2011, por estudio de Síndrome Constitucional, se evidencia hígado cirrótico de nuevo. Se plantea el retrasplante al empeorar la función hepática. Se practica gastroscopia durante la cual se observa, de forma casual una neoplasia renal que no pudo filiarse. Se practicó embolización y radiofrecuencia de la misma.

- En el año 2014, la paciente de 56 años de edad ingresa en el Servicio de Digestivo por presentar hidrotórax derecho secundario a descompensación hidrópica. Durante su estancia presentó clara mejoría, pero el día de 10 de noviembre de 2014, empeoró mostrando ligeros signos de encefalopatía y deterioro de la función renal.

- El día 10 de noviembre de 2014, la paciente ingresa en el Servicio de Medicina Intensiva, y se le realiza el protocolo de caídas: Escala de Downton, cuyo resultado fue de bajo riesgo para caídas.

- El día 21 de noviembre de 2014, a las 22:00 h, la paciente se levanta de la cama para ir al cuarto de baño, e, inexplicablemente, sufre una caída casual/fortuita en la habitación donde se hallaba ingresada. La paciente queda inconsciente (no recuerda como ocurrió y no había ningún acompañante), con traumatismo craneoencefálico, herida supraciliar derecha, relajación de esfínteres y rigidez muscular. Es valorada por los médicos de guardia de Medicina Interna y Traumatología. Se le pauta TAC urgente -entre las 22:24 h y las 22:34 h, sin contraste y radiografía de caderas, tórax, clavícula, huesos propios, pelvis y columna cervical.

El TAC cráneo-cérvico-toraco-abdomino-pélvico, destacó: Hemorragia subaracnoidea de predominio en el silvio derecho y surcos frotobasales derechos, y en menor cuantía en surcos frontales derechos y parietooccipitales izquierdos. Fractura conminuta de la rama iliopubiana derecha con hematoma en vecindad de aparente localización extraperitoneal de 3,8 cm x 3,8 cm. Fractura multifocal de la rama anterior del ala sacra derecha con extensión a la articulación sacroilíaca. Líquido libre abundante en hemiabdomen inferior y pelvis aparentemente presente en el estudio previo, con bajos niveles de atenuación compatible con ascitis. Ante estos hallazgos se decide monitorización.

- El 22 de noviembre de 2014, la UMI ajusta el tratamiento. En las primeras horas realiza convulsión tónico-clónica. Se inicia Levetiracetam como anticonvulsivo. Tras este episodio precisa Propofol por agitación nocturna. En días sucesivos presenta mala evolución clínica, presentando anemia, oligoanuria y empeoramiento analítico. Se ajusta tratamiento y se transfunde dos concentrados de hemáties, sin objetivarse mejoría. Dados los antecedentes personales y la situación actual de la paciente, se decide limitar el esfuerzo terapéutico sin progresar en medidas agresivas. Se informa del mal pronóstico inmediato a la familia. Se inician medidas de confort. Persiste la mala evolución clínico-analítica, presentando tendencia progresiva a hipotensión material y episodios de apnea.

- El día 25 de noviembre de 2014 la paciente es *Exitus Letalis* a las 10:55 h. Diagnóstico: Traumatismo craneo encefálico leve con Hemorragia subaracnoidea postraumática, traumatismo abdominal cerrado. Hematoma extraperitoneal, fractura isquiopubiana derecha y ala sacra derecha, fallo multiorgánico.

Consideraciones del SIP:

«1.- Al ingreso de la paciente -en la planta séptima norte del HUNSC- se le realizó -según protocolo- la Escala FRS de JH Downton, para valoración del riesgo de caídas, con resultado de: Bajo riesgo (Puntuación total: 1), por lo que no necesitaría ningún cuidado especial. El alto riesgo para caídas sería considerado para una puntuación mayor de 2.

2.- No obstante, la paciente sufre caída casual en la habitación donde se hallaba ingresada, al levantarse de la cama para dirigirse al cuarto de baño, sin avisar al personal de enfermería del turno de noche. Al no estar acompañada en la habitación, por ningún familiar (no existiría testigo presencial), al servicio de Inspección le resulta imposible conocer cómo se produjo el hecho: Si fue al descender de la cama o, tal vez, sufrió un tropiezo/traspie cuando se hallaba ya incorporada y de pie.

3.- En cualquier caso, no se puede responsabilizar a los servicios asistenciales, de la caída fortuita sufrida por la paciente, puesto que ésta fue calificada -por protocolo- con riesgo bajo para caídas. Prueba de ello es, que la paciente no consideró en ningún momento avisar -de hecho no consta que lo hiciera- al personal de enfermería del turno de noche de la planta de hospitalización de HUNSC séptima norte, decidiendo ir al cuarto de baño por sí misma.

Tras la caída, la paciente sufre traumatismo craneo-encefálico con pérdida de conciencia, relajación de esfínteres y rigidez muscular, lo que sería compatible -por la Escala de Hunt y Hess- con un grado IV-V, en la condición clínica de la paciente.

4.- La hemorragia subaracnoidea es una emergencia neurológica caracterizada por la extravasación de sangre dentro de los espacios que cubren el sistema nervioso central y que normalmente están ocupados por líquido cefalorraquídeo.

Las contusiones intracerebrales/traumatismo craneo encefálico suelen ser la causa más común en una hemorragia subaracnoidea traumática. Las fracturas de cráneo han sido encontradas en un 70% y el hematoma subdural en un 41% de los pacientes.

Las localizaciones cerebrales más comunes de la hemorragia subaracnoidea traumática son: En la cisura de Silvio en el 62% como en el caso analizado, tentorio: 32%, cisternas basales: 28%, en surcos corticales: 23%, y cisura interhemisférica: 9%.

Pueden aparecer además complicaciones neurológicas y múltiples complicaciones sistémicas con repercusión importante en el resultado final.

Complicaciones neurológicas: resangrado, vasoespasmo/déficit neurológico isquémico diferido, hidrocefalia, convulsiones, edema cerebral, hematoma intraparenquimatoso, hematoma subdural, hemorragia intraventricular. El vasoespasmo es una de las complicaciones neurológicas que generan más mortalidad.

Complicaciones sistémicas: respiratorias: edema pulmonar, neumonía, atelectasias, lesión pulmonar aguda, síndrome de distress respiratorio agudo, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda. Cardiológicas-hemodinámicas: disfunción miocárdica, insuficiencia cardíaca, arritmias, isquemia miocárdica, hiper/hipotensión. Trastornos electrolíticos: I-fiponatremia, hipomagnesemia, hipernatremia, fiebre, anemia, hiperglucemia, Infección urinaria, hemorragia digestiva, entre otras.

5.- La hemorragia subaracnoidea constituye un suceso de gran incertidumbre debido al elevado porcentaje de mortalidad y secuelas invalidantes que comporta.

Pese a los esfuerzos realizados por los servicios asistenciales y los avances de la ciencia médica, las cifras de mortalidad se mantienen bastante estables, con valores cercanos al 50%.

Un número importante de los pacientes que sufren una hemorragia subaracnoidea, fallecen sin poder recibir ningún tipo de atención, mientras que otro porcentaje también importante de enfermos mueren en las primeras horas/primeros días luego de la hemorragia.

En el caso que nos ocupa, la muerte de la paciente se produjo a los 4 de días de la caída casual e ingreso en UMI.

6.- Escala de Hunt y Hess:

Grado I: Asintomático, o con leves cefaleas o rigidez de nuca o ambos.

Grado II: Parálisis nervio craneal, rigidez de nuca o moderada o severa cefalea o ambos.

Grado III: Obnubilado, confuso o con moderado déficit neurológico.

Grado IV: Coma, con o sin déficit neurológico.

Grado V: Coma, rigidez de descerebración.

7.- Clásicamente, los enfermos que se encuentran en los grados I y II de la Escala de Hunt y Hess, son pacientes en buenas condiciones y los que tienen las mejores posibilidades de buenos resultados. Los del grado III, son intermedios en cuanto a gravedad, mientras que los del grado IV y V, son los considerados de categoría “pobre” y con mal pronóstico. Aquellos que ingresan en grado V o que llegan a este nivel en la evolución, por lo general fallecen».

Conclusiones del SIP:

«1.- Considera que las graves patologías que sufría la paciente -hidrotórax derecho, encefalopatía, deterioro de la función renal, neoplasia renal-, per se, podrían concluir en un fatal desenlace. Pero además, las lesiones producidas por la caída -en especial, la hemorragia subaracnoidea-, pudieron incrementar la gravedad de esas patologías de base, que se sumarían a la hemorragia subaracnoidea. Los servicios asistenciales de la UMI aplicaron todos los medios para estabilizar a la paciente, pero ello no fue posible, evolucionando aquella tórpidamente y siendo desafortunadamente *exitus* el día 25 de noviembre de 2014, a las 10:55 h, cuatro días después de la caída casual/fortuita en la habitación del hospital.

2.- A tenor de los síntomas y signos detectados en la paciente en el momento de la asistencia, valoración, exploración, solicitud de pruebas complementarias por los servicios de Medicina Interna y Traumatología, ambos de guardia, tras la caída, observamos que se siguieron las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas para los casos de caídas fortuitas con traumatismo craneo encefálico, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada.

3.- Por los Informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los servicios asistenciales del Servicio del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada, debe calificarse de: Correcta Praxis.

4.- La numerosa jurisprudencia del Tribunal Supremo y de los Tribunales Superiores de Justicia, nos señala que no por reiterado deja de ser cierto que “(...) a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiario para el paciente (...)”.

5.- Por lo tanto estimamos que, para determinar la responsabilidad de la Administración Sanitaria, fuera parte del daño suscitado y el nexo de causa entre éste y la atención médica dispensada, debe existir una infracción que pueda demostrarse, del arte adecuado de

actuación en los profesionales médicos denominado *lex artis*, siendo éste el referente para determinar la actuación correcta de aquéllos. La adecuación a la *lex artis* -que de los informes obrantes en el expediente se infiere-, conjeturamos, no ha sido contradicha por el reclamante. No queda resuelto por parte del reclamante que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma, y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis, antes bien, puede sostenerse que existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia y, por tanto, no debe establecerse responsabilidad patrimonial ya que la existencia de ésta requiere de nexo causal, entre la atención médica prestada y el resultado adverso. Para haber lugar a declarar la responsabilidad en la Administración Sanitaria, es indispensable que ésta se demuestre y pruebe por quién la pretende.

6.- Este razonamiento es apropiado, ya que incluso en una buena práctica asistencial no es posible prever todo efecto nocivo y por ende, la Administración Sanitaria no puede tornarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, ni ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el transcurso de cualquiera de sus correctas actuaciones, limitándose la medicina, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o sanación de las patologías, sin pretender que el resultado de un procedimiento sanitario sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud disipada, se refiere. La salud no es un bien que pueda elegirse y cuando se pierde, en ocasiones, -como en el caso que nos ocupa-, no puede restablecerse.

7.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados. Así la prestación sanitaria en su constante progreso, debe adecuarse paulatinamente al estado del saber actual y aplicar a cada enfermo las renovadas nociones médico-quirúrgicas; no sin los ajustes pertinentes que se acomoden a las peculiaridades de cada persona enferma.

8.- Por lo que antecede expuesto, el SIP, luego de analizada la reclamación y a la luz de los hechos observados, valora como correcta la actuación dispensada por los servicios asistenciales de la Administración Sanitaria y, por tanto, carente de antijuridicidad, no hallando anormalidad alguna en el decurso del proceso asistencial en la UMI tras la caída fortuita. No consideramos, por conclusión razonada, que la actuación de los servicios asistenciales fuera la causa del daño reclamado».

3. Tras la práctica de las pruebas propuestas (todas ellas documentales), se da trámite de audiencia al interesado en el que presenta las siguientes alegaciones:

Entiende que fue incorrecta la evaluación del riesgo de caídas en base al protocolo de caídas Escala Dowton, realizado el 10 de noviembre de 2014, al

determinar que el riesgo era bajo. Y ello dado que, la paciente presentaba alta ingesta de medicación diaria: antidepresivos, ansiolíticos, sedantes, medicación para evitar la dificultades para respirar, antimaláricos, amibicidas que poseen efectos secundarios como cefaleas o visión borrosa, medicamentos destinados al control hepático) utilizaba gafas y su estado mental estaba alterado, ya que desde septiembre de 2014 padecía síndrome confusional agudo, con episodios de desorientación temporo espacial.

Afirma que la paciente no sufre una, sino dos caídas. La primera, de la cama, a las 00:06 y las segunda en el baño, a las 22:00 h, ambas el día 22 de noviembre.

Así, no sólo se considera incorrectamente evaluado el riesgo de caída, sino que una vez producida la primera, no se modifica el nivel de riesgo y se produce la segunda caída, que ocasiona directamente la muerte de la paciente.

4. Ante dichas alegaciones y ante el informe de la Supervisora del HUNSC, se solicita nuevo informe al SIP y al Servicio de Digestivo. En el expediente solo consta el de Digestivo que no aporta ningún dato nuevo.

5. El interesado, tras serle remitidos los informes anteriores, solicita prueba consistente en la declaración de la compañera de habitación de la paciente. Habiendo concluido periodo probatorio, sin la propuesta de dicha prueba y no habiendo presentado alegación alguna a la vista del informe de Digestivo, se decide la continuación de la tramitación del presente procedimiento.

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada al considerar que no existe relación causal entre el daño reclamado y la actuación sanitaria, por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

IV

Se estima que la Administración no ha desplegado toda la actividad tendente a comprobar la realidad de los hechos alegados por el interesado: Como hemos reiterado en diversas ocasiones, pese a que sobre la Administración recae el «onus probandi» de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, persiste el deber genérico de la Administración de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración (arts. 75.1 y 77.2 LPACAP) y del principio de facilidad probatoria (art.

217.7 LEC) que permite trasladar el «onus probandi» a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo.

En el caso que nos ocupa, el interesado insiste en que la paciente sufrió dos caídas, una a las 00:06 h del día 21 de noviembre, ocasionándole fractura de rama pélvica isquiopubiana e iliopubiana con mínimo desplazamiento, y la segunda de ellas, en la habitación, a las 22:00 h del mismo día, ocasionándole un traumatismo craneoencefálico con herida supraciliar derecha, pérdida de conciencia con posterior relajación de esfínteres y rigidez muscular.

La Administración simplemente lo niega, pero no solicita un informe al SIP sobre si es posible que, produciéndose una fractura de rama pélvica isquiopubiana e iliopubiana, pudiera estar sin demandar asistencia médica por dichas lesiones hasta las 22 horas, momento de la segunda caída, tampoco la Administración informa si después de la primera caída llegó a activarse el protocolo de caídas y en caso de no activarse cuáles fueron los motivos de su omisión.

Además, para probar estos hechos, el interesado, fuera del período de prueba, solicita prueba consistente en la declaración de la compañera de habitación de la paciente. Esta posibilidad está prevista en el art. 77.2 LPACAP, que permite que los interesados soliciten la apertura de un período extraordinario de prueba.

Sin embargo, no consta resolución motivada del instructor rechazando esta proposición de prueba, máxime cuando parece procedente y necesaria para dilucidar si la paciente tenía compañera de habitación y, de haberla, si presenció los hechos.

Por ello, es preciso que se requiera a la Administración solicitante para que, por un lado, requiera informe al SIP y a especialista en la materia perteneciente al SCS sobre si es posible que, produciéndose una fractura de rama pélvica isquiopubiana e iliopubiana, pudiera estar sin demandar asistencia médica por dichas lesiones hasta las 22 horas, momento de la segunda caída y por otro lado, que solicite de los servicios administrativos del HUNSC que acredite si el día 21 de noviembre de 2014 la paciente compartía habitación con otra usuaria y, en caso afirmativo, se le requiera para que comparezca en el procedimiento como testigo, con emplazamiento en ese caso del interesado.

Una vez emitido informe del SIP y el del especialista referido y en su caso, acreditado que la paciente estaba acompañada, se dará trámite de audiencia, tras lo cual se remitirá nueva Propuesta de Resolución a este Consejo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no resulta conforme a Derecho, debiendo retrotraerse el procedimiento y practicarse las actuaciones señaladas en el Fundamento IV.