



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de marzo de 2021.

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. 64/2021 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La reclamante solicita una indemnización de 12.130 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero de Sanidad 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 (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC).

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por 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 16.1 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.

Por su parte, 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) LOSC.

4. Se cumple el requisito de la legitimación activa, teniendo la reclamante la condición de interesada al haber sufrido un daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP]. Por otro lado, corresponde al Servicio Canario de la Salud la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. Asimismo, se cumple el requisito de la no extemporaneidad de la reclamación, pues ésta se presentó el día 9 de agosto de 2018 respecto de un daño producido el 24 de agosto de 2017, esto es, dentro del plazo de prescripción de un año señalado por el art. 67 LPACAP. Asimismo, la propia Administración Pública, en el cuerpo de la Propuesta de Resolución, no aprecia extemporaneidad.

6. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. 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 (art. 21 LPACAP).

7. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación, además de la LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la citada LOSC y 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.

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

En este sentido, la perjudicada manifiesta lo siguiente en su escrito inicial de reclamación:

«(...) fui ingresada en el Hospital Universitario de Canarias en el Servicio de Cirugía Maxilofacial el día 23 de agosto de 2017, siendo intervenida el día siguiente, y dada de alta el día 25 de agosto de 2017.

(...)

(...) la noche del día 24 al día 25, cuando, a pesar de mi edad (78 años entonces) y encontrándome aún bajo los efectos de la anestesia general utilizada en la operación maxilofacial, me caí de la cama al suelo, puesto que en la misma no tenía activado ningún elemento de contención como las barras laterales.

(...)

(...) la utilización de elementos de protección anticaída en pacientes que acaban de ser sometidos a una intervención quirúrgica con anestesia general, y que además son mayores de 75 años, se hacía desde todo punto necesaria, puesto que es más que previsible el resultado que finalmente tuvo lugar.

En tal sentido destacar las directrices NANDA que el Servicio Canario de la Salud a (sic) asumido, así como los diversos protocolos generales para evitar las caídas de pacientes hospitalizados, en los que se define como “población D.” a los pacientes mayores de 75 años, siendo otros factores de riesgo la inestabilidad motora, desorientación, postoperatorio inmediato, la ingesta de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia (Orfidal 1 MG en este caso), ser portador de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad, como son la vía venosa y el redón en el caso concreto (se aporta a modo de ejemplo el protocolo general del Hospital Universitario Ramón y Cajal (...)).

Lo cierto es que, tras el alta médica del día 25 de agosto de 2017 sufría dolores insoportables en la zona lumbar de la espalda por lo que tuve que acudir el día 28 de agosto de 2017 al Servicio de Urgencias, siendo remitida el día 29 de agosto de 2017 al Servicio de Neurocirugía que me diagnosticaron una fractura-aplastamiento L1 tipo A1. Tlics Score 1 y me recetaron medicación como pauta conservadora (...).

Permanecí siendo atendida en la Unidad del dolor en la que me pautaron igualmente medicación e infiltraciones (...), hasta que el día 31 de enero de 2018 fui intervenida por

vertebroplastia de la que fui dada de alta el día 1 de febrero de 2018 (...) ; si bien, a raíz de la caída padezco además un deterioro cognitivo por depresión endógena (...).

(...) Por tanto, he padecido un daño antijurídico que no tenía la obligación de soportar puesto que el mismo deriva de la omisión de medidas de seguridad dadas las circunstancias concurrentes relatadas para evitar mi caída de la cama, y que ha producido un menoscabo que ha de ser objeto de resarcimiento, y que abarca, sin perjuicio de una posterior cuantificación más detallada sobre los daños permanentes, el reconocimiento y abono de la indemnización económica derivada de los padecimientos físicos sufridos, valorados de conformidad con el baremo implantado a raíz de la entrada en vigor de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, además de otros gastos que he tenido que hacer frente (130 euros) para paliar los dolores y molestias sufridas a raíz de la caída (...) ».

Así pues, la reclamante solicita la indemnización de los daños personales (tanto físicos -fractura-aplastamiento vertebral- como psíquicos -«*deterioro cognitivo por depresión endógena*»-) y materiales (gastos médicos) que le fueron irrogados a raíz de la caída sufrida en el centro sanitario público (Hospital Universitario de Canarias), entendiéndose que los mismos se produjeron como consecuencia de la inaplicación de las medidas de seguridad necesarias para evitar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.

2. A la vista de lo expuesto, la reclamante insta el resarcimiento -con arreglo al baremo de tráfico- de los daños sufridos a raíz de la caída, cuantificando la indemnización en 12.130 euros, y estableciendo el siguiente desglose de cantidades:

«Las lesiones soportadas se cuantifican en por tanto en DOCE MIL EUROS (12.000 €) a razón de 75 euros diarios por el tiempo que permanecí de tratamiento de fractura-aplastamiento L1 tipoA1 (160 días, desde el 25 de agosto de 2017 al 1 de febrero de 2018), en tanto perdí calidad de vida en un grado grave en tanto perdí mi autonomía personal para realizar una parte relevante de las actividades esenciales de mi vida ordinaria y la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal, atendiendo a las indemnizaciones por lesiones temporales previstas en la citada Ley 35/2015 por perjuicio personal básico (art. 134 y siguientes en relación a la tabla 38 de la citada norma)».

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

- Mediante escrito con registro de entrada el día 9 de agosto de 2018 (...) promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el

reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

- Mediante Resolución de 13 de agosto de 2018, del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación formulada, y, con idéntica fecha, se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) la emisión de informe. La citada resolución se notifica a la interesada el día 21 de agosto de 2018.

- Con fecha 3 de julio de 2019 se emite informe relativo a la asistencia sanitaria prestada a (...) (art. 81.1 LPACAP).

- El día 10 de julio de 2019 la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud dicta acuerdo probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas por la interesada (documental y testifical) e incorporando -como prueba documental- la historia clínica y los informes recabados por la Administración en periodo de instrucción (informes del SIP, de la supervisora de Enfermería de la Unidad 8.^a par y del enfermero responsable). El acuerdo probatorio se notifica a la interesada el día 17 de julio de 2019. Y la prueba testifical se practica el 5 de agosto de 2019.

- El 12 de agosto de 2019 se notifica a la interesada la apertura del trámite de audiencia, a fin de que en el plazo de diez días pueda acceder al expediente y alegar lo que a su derecho convenga. En este sentido, el 14 de agosto de 2019, la interesada accede al expediente y retira copia íntegra del mismo.

Finalmente, el día 26 de agosto de 2019, la interesada presenta escrito de alegaciones en el que reitera los argumentos vertidos inicialmente.

- Con fecha 29 de agosto de 2019 el órgano instructor solicita aclaración sobre las medidas de prevención que se adoptaron para evitar la caída. Concretamente, se solicita que el SIP recabe *«informe preceptivo del servicio competente sobre el riesgo de caída de la paciente, así como sobre las medidas adoptadas para prevenirla considerando las características personales de la paciente (mayor de 75 años, sometida a intervención el día anterior, portadora de vía venosa y redón, etc.)»*.

Ese mismo día, el SIP responde al órgano instructor, remitiéndose a lo ya manifestado en su informe de 3 de julio de 2019, dando por reproducidos, igualmente, los informes del Diplomado universitario en enfermería que atendió a (...) y el informe de la Supervisora de Enfermería de la planta de hospitalización - folio 417-.

- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias, al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

- Con fecha 5 de diciembre de 2019 se formula Propuesta de Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación formulada por (...), al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

- Con fecha 24 de enero de 2020 se emite el Dictamen n.º 27/2020 de este Consejo Consultivo de Canarias, por el que se ordena retrotraer las actuaciones a los efectos previstos en su Fundamento IV:

«(...) al objeto de que este Consejo Consultivo pueda analizar convenientemente la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, se entiende preciso retrotraer las presentes actuaciones al objeto de que la Administración sanitaria se pronuncie expresamente sobre las cuestiones planteadas en los apartados anteriores. En suma, se considera necesaria la evacuación de informe complementario por parte del Servicio de Inspección Médica y Prestaciones, así como de los profesionales sanitarios –Supervisora de la unidad, DUE y auxiliares de enfermería- que intervinieron en la fecha en que acontece la caída de la reclamante (tal y como ya se instó por parte del propio órgano instructor, mediante oficio de 29 de agosto de 2019 -folio 415-), en el que se clarifiquen las diversas cuestiones apuntadas en el cuerpo del presente borrador de proyecto de dictamen».

- Posteriormente, se acompaña el expediente administrativo, adjunto a la solicitud de dictamen, copia de los informes emitidos por la Directora de Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, y por el Servicio de Cirugía Maxilofacial, de 26 de mayo de 2020 y 3 de junio de 2020, respectivamente.

- Con fecha 13 de julio de 2020 se acuerda dar traslado de los precitados informes a la reclamante, al objeto de que pueda instruirse de su contenido y, en su caso, formular las alegaciones que tenga por convenientes en defensa de sus derechos.

- La reclamante presenta escrito de alegaciones el día 24 de julio de 2020, reiterando en su pretensión indemnizatoria.

- Con fecha 29 de septiembre de 2020 se formula, nuevamente, Propuesta de Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud por la que se

desestima la reclamación formulada por (...), al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

- Mediante oficio de 13 de octubre de 2020 (con registro de entrada en este Organismo consultivo al día siguiente), el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias solicita la emisión del dictamen preceptivo del Consejo Consultivo al amparo de lo dispuesto en la citada LCCC, emitiéndose Dictamen n.º 457/2020, de 11 de noviembre, en cuyo Fundamento IV señalábamos:

«3. Pues bien, en el expediente tramitado con posterioridad a la evacuación del dictamen de este Consejo Consultivo, no consta que se haya dado cumplimiento a lo establecido en el apartado tercero del Fundamento IV del citado Dictamen n.º 27/2020, de 24 de enero: en el que se solicitaba “evacuación de informe complementario por parte del Servicio de Inspección Médica y Prestaciones, así como de los profesionales sanitarios – Supervisora de la unidad, DUE y auxiliares de enfermería- que intervinieron en la fecha en que acontece la caída de la reclamante (tal y como ya se instó por parte del propio órgano instructor, mediante oficio de 29 de agosto de 2019 -folio 415-), en el que se clarifiquen las diversas cuestiones apuntadas en el cuerpo del presente (...) dictamen”.

En este sentido, consta solo la emisión de informe por parte de la Directora de Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, y por el Servicio de Cirugía Maxilofacial, de 26 de mayo de 2020, y 3 de junio de 2020, respectivamente. Ya de entrada, se echa en falta en ellos un pronunciamiento suficientemente claro sobre las cuestiones planteadas y, en particular, sobre las circunstancias fácticas del caso, cuestiones que por lo demás habían quedado enunciadas con toda claridad.

Pero, en cualquier caso, y esto aparte, no se ha evacuado el preceptivo informe complementario del SIP que igualmente había sido recabado a los efectos de satisfacer esta consulta, y que se estima indispensable a tal efecto, en la medida en que corresponde al SIP, como servicio concernido, integrar a través de su informe el conjunto de las actuaciones practicadas (particularmente, en esta ocasión, los informes antedichos).

4. Por virtud de lo expuesto, y al objeto de que este Consejo Consultivo pueda analizar convenientemente la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, se entiende procedente, consecuentemente, la retroacción de las presentes actuaciones otra vez, al objeto de que la Administración sanitaria dé efectivo cumplimiento al contenido del Dictamen n.º 27/2020, de 24 de enero, y el SIP emita su preceptivo informe complementario y se pronuncie, en particular, sobre los extremos a los que se refieren los nuevos informes sanitarios emitidos el 26 de mayo y el 3 de junio de 2020.

A continuación, procederá completar la tramitación del procedimiento administrativo a través de los cauces legalmente establecidos; esto es, acordándose la apertura de un nuevo

trámite de audiencia a la interesada; y, finalmente, elaborando una nueva Propuesta de Resolución que se someterá a dictamen de este Consejo».

- Tras la emisión de aquel dictamen, se retrotraen las actuaciones y se recaban, el 13 de noviembre de 2020, por parte del Servicio de Normativa y Estudios los informes complementarios requeridos.

- El 30 de diciembre de 2020 se remite escrito de consideraciones remitido por la Directora Gerente del HUC en relación con las cuestiones planteadas, señalando:

«A la vista de lo expuesto en el mencionado dictamen, por ese Servicio de Inspección y Prestaciones se interesa la emisión de nuevo informe sobre los extremos consignados a continuación, y respecto de los cuales se acompaña la correspondiente respuesta:

1.- Informe preceptivo del servicio competente sobre el riesgo de caída de la paciente así como sobre las medidas adoptadas para prevenirlas considerando las características personales de la paciente (mayor de 75 años, sometida a intervención el día anterior, portadora de vía venosa y redón): El citado informe fue debidamente evacuado en fecha 26 de mayo de 2020, a cargo de la Directora de Enfermería de este Complejo Hospitalario, reproducido anteriormente.

En síntesis, presentado la paciente un grado de riesgo de caída 3, según se aprecia en la documentación clínica de la Sra. (...) -obrante al folio 55 de la historia clínica informatizada-, de conformidad con las prescripciones contenidas en el Protocolo de Caídas de este Complejo Hospitalario, se planificaron actividades de prevención individualizadas en relación con los factores de riesgo de la paciente, intrínsecos -relacionados con su condición o comportamiento-, y extrínsecos -relativos a su ambiente o relación con el entorno-.

En concreto, en lo atinente a sus características personales, y habiéndole sido pautada medicación que pudiera influir en su movilidad -ansiolíticos, hipnóticos, etcétera-, así como siendo portadora de dispositivos externos que pudieran dificultar la misma -vía venosa y redón-, según preceptúa el protocolo expuesto, se proporcionó ayuda para las labores del aseo -informándose a la paciente de su necesidad-, disminuyéndose el aporte de líquidos a partir de las 19:00 horas, y vigilándose los efectos asociados a los fármacos administrados a la paciente.

2.- Por parte de los profesionales sanitarios que directamente intervinieron en la fecha en que se produjo la caída de la Sra. (...), se clarifiquen otro tipo de cuestiones fundamentales:

a) La descripción de las circunstancias en que se encontraba la habitación en el momento de producción de la caída (...) : Se ha dado la correspondiente respuesta en el referido informe evacuado por la Dirección de Enfermería de este centro, en el que se da cuenta, tanto de la configuración general de las habitaciones de los pacientes - dos camas, dos sillones, dos mesillas de noche, una mesa y dos sillas-, como del oportuno ajuste de los

elementos de la misma para el caso de la Sra. (...) -barras laterales de protección de la cama continuamente elevadas-.

De esta manera, según prevé el Protocolo ante caídas, ante pacientes especialmente vulnerables, como la Sra. (...) -que presentaba un riesgo de caída 3, según la escala Downton-, las barras laterales de protección de la cama permanecen subidas. Asimismo, preceptúa también el mencionado protocolo que la cama debe encontrarse en la posición más baja posible, salvo cuando se esté llevando a cabo algún tipo de cuidado.

b) La expresión de lo manifestado verbalmente por (...) en el momento en que ocurre el incidente tras ser cuestionada por los profesionales sanitarios que la atendieron respecto a los motivos de su caída (habida cuenta de que, como se expresa en el informe emitido por el DUE, “la paciente permanecía consciente y orientada (...) y quería levantarse, no presentaba dolor y con movilidad normal”); Habida cuenta del tiempo transcurrido desde la producción de la caída, el día 24 de agosto de 2017, no se puede proporcionar ulterior información a la ya facilitada sobre este extremo en informe emitido el 28 de septiembre de 2017, por el enfermero responsable del turno, obrante en el expediente administrativo.

c) si le fueron dadas instrucciones previas a la paciente respecto a su libertad de movimientos (...) : Se ha dado correspondiente respuesta a esta pregunta mediante el citado informe de la Directora de Enfermería de este centro, en el que se consigna que todos los pacientes, en el momento del ingreso, reciben instrucciones, entre otras, de qué pueden o no hacer, y si existe limitación de la movilidad por cualquiera causa, ya sea física o por motivos médicos. Como se ha consignado previamente, en la hoja de valoración de enfermería de la Sra. (...) se hace constar, expresamente, que precisa ayuda para “Baño/higiene”.

d) La identificación de las concretas medidas de prevención a las que se refiere la conclusión del informe del SIP (y que no aparecen descritas en el cuerpo del citado informe); No puede darse respuesta a esta pregunta, en tanto no constituye un informe rendido por unidades adscritas a este Complejo Hospitalario. En todo caso, como se ha referido, las medidas de protección a implementar en caso de riesgo de caídas son las prevenidas en el Protocolo de este centro sanitario.

e) Si se valoró, en función de la clínica manifestada por la paciente, la realización de pruebas diagnósticas encaminadas a descartar la posible existencia de fracturas óseas; La cuestión analizada ha sido oportunamente respondida mediante informe del Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial, de fecha 3 de junio de 2020. Como trasladara, desconociendo los facultativos responsables, competentes para la indicación de realización de pruebas diagnósticas, la caída de la paciente, al encontrarse prestando servicios en régimen de guardia localizada, y no presentando ni comentando esta clínica relacionada con la misma en el momento del alta, no se pautó la práctica de las mismas.

d) Si los médicos responsables de la paciente tuvieron en cuenta dicha caída a la hora de dar el alta a la paciente el día 25 de agosto de 2017; Se remite a lo expuesto con ocasión de la pregunta anterior.

e) Si por parte de los enfermeros y/o enfermeras responsables y del supervisor o supervisora de la unidad se siguieron las indicaciones/actuaciones establecidas en el “procedimiento en el caso de caída” que obra al folio 89 del expediente (especialmente, en lo relativo al registro del incidente en la hoja de enfermería): Nuevamente, consta respuesta de esta pregunta en informe rendido por la Directora de Enfermería, que refiere que “según informe emitido en su momento por la supervisora responsable de la unidad, la enferma fue valorada por el médico responsable la mañana del alta hospitalaria, que la encuentra óptima para ser dada de alta”. En lo atinente al registro del incidente en la hoja de enfermería, como se evidencia de la documentación clínica, y se advierte en el informe mencionado, la caída no quedó reflejada en la historia clínica, trasladándose la misma verbalmente en el cambio de turno.

En conclusión, se ha dado cumplida respuesta a las solicitudes de información peticionadas, esclareciéndose, en la medida de lo posible, y dado el momento de producción de los hechos, las circunstancias de los mismos, no pudiéndose proporcionar ulterior aclaración a la remitida en el presente».

- Por su parte, el 29 de diciembre de 2020, el Servicio de Normativa y Estudios reitera petición de informe complementario del SIP así como de los profesionales sanitarios -Supervisora de la Unidad, DUE y auxiliares de enfermería- que intervinieron en la fecha de la caída de la reclamante, sobre las cuestiones planteadas por el dictamen del Consejo, respondiendo el SIP, el 2 de enero de 2021 que el informe de la Dirección Gerencia del HUC da respuesta a todo lo requerido sin ser preciso añadir nada más.

- El 15 de enero de 2021 se concede nuevo trámite de audiencia a la interesada, que aporta escrito de alegaciones el 26 de enero de 2021.

- Con fecha 28 de enero de 2021 se emite nueva Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de la interesada.

IV

1. La Propuesta de Resolución sometida al parecer jurídico de este Consejo Consultivo desestima, nuevamente, la reclamación interpuesta por la reclamante, entendiendo el órgano instructor que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto, procede señalar los antecedentes relevantes en relación con este procedimiento, que obran en la historia clínica de la reclamante, según constan en el informe del SIP emitido el 3 de julio de 2019.

«A.- La reclamante, de 78 años de edad, ingresa con carácter programado el día 23 de agosto de 2017 en el Servicio de Cirugía maxilofacial del CHUC, alrededor de las 16:00 horas a fin de someterse a cirugía al día siguiente.

La situación de la reclamante es: consciente, orientada y colaboradora. Patrón eliminación urinaria e intestinal normal. No presentaba déficits sensoriales (patrón cognitivo-perceptivo) Independiente para las actividades de la vida diaria: con autonomía para alimentarse, uso del WC, vestirse, requiriendo solo ayuda para el baño/higiene. Patrón descanso sueño no alterado. No caídas en el último año.

Empleando la escala de Dowton, que se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída, se especifica un riesgo de caídas: 3. Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída.

La colocación de barandillas laterales estaría indicada para los pacientes seniles con bajo nivel de conciencia, deterioro cognitivo y/o agitado. Vigilando la posibilidad de riesgo de que el paciente salte por encima de la barandilla, en estos casos realizar procedimiento de contención mecánica hasta disminuir o controlar situación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2012. PG 25 Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados. Pág. 41. No es nuestro caso.

Pasa la noche sin incidencias.

B.- 24.08.17: Entra en el bloque quirúrgico sobre las 10:00 horas, se somete a cirugía consistente en parotidectomía conservadora sin incidencias que finaliza a las 14:30 h y pasa a la unidad de reanimación postanestésica alrededor de las 14:40 h.

Postoperatorio inmediato: es el periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la unidad de hospitalización.

C.-Evolución satisfactoria y llegada a planta de hospitalización aproximadamente 18:30 h. Consciente, orientada, colaboradora (COC), con sueroterapia, orinando bien, drenajecorrecto, según se registra a las 18.59 horas del 24 de agosto. No existía agitación o impulsividad.

El Postoperatorio mediato o tardío: se inicia a la llegada del paciente a la Unidad de hospitalización.

D.- No existe otra anotación en la Historia clínica hasta el 25.08.17:

08:46 h: Cirujano maxilofacial, Dr. (...) Evolución satisfactoria. Indica alta y revisión en consultas externas.

09:58 h: Toma de constantes. Auxiliar.

13:54 h: Anotación de enfermería: Se retira drenaje y se cura herida quirúrgica.

E.- Los hechos por los que se reclama hacen referencia a caída de la reclamante ocurrida a las 05:30 horas del día 25 de agosto, de lo que no existe reflejo en la Historia clínica aportada.

No se conocen las circunstancias que rodearon al accidente, ni las características de la caída, si la paciente estaba acostada, si estaba sentada en la cama, si se levantó para acudir al WC, si intentó deambular sin asistencia, etc. No existía presencia de miembros de la familia que pudieran ayudar a prevenir sucesos adversos.

F.- Habían transcurrido al menos 15 horas después de la intervención quirúrgica.

En relación al Orfidal®, benzodiazepina que la reclamante emplea al menos desde el abril de 2015, reseñamos que el uso continuado de benzodiazepinas conlleva pérdida de eficacia con respecto a los efectos hipnóticos.

G.-Causa alta hospitalaria aproximadamente a las 13:00 horas del día 25 de agosto de 2017.

H.- El 27 de agosto de 2017 acude al servicio de urgencias de Ofra por dolor lumbar. Consta que “ (...) le ha dado Nolotil a las 4 de la mañana (...) ”. Entendiendo por tanto que es un dolor repentino, de reciente aparición, cuarenta y ocho horas posteriores al alta hospitalaria. Se pauta analgesia.

I.- 28 de agosto de 2017 11:04 h. es atendida en el servicio de urgencias de CHUC. Ahora la sintomatología álgica es más variada: “ (...) Presenta dolor en zona costal derecha, lumbar, columna dorsal y codo derecho (...) ”

Según consultas de atención primaria, la reclamante poseía antecedentes de dolor dorsal en la fecha 9 de diciembre de 2016 y dolor de columna cervical y hombros (más el derecho) el 7 de junio de 2017.

El mismo día 28.08.17, se realiza TAC de columna lumbar y se cursa interconsulta con Neurocirugía.

Es valorada el 29 de agosto de 2017 por el Neurocirujano, Dr. (...). Consta: “ (...) Describe dolor raquídeo generalizado pero “de siempre”. Aqueja molestia axial de localización lumbar baja, con leve molestia a la palpación pero de forma generalizada, no existiendo dolor focal más intenso (...) ” Pruebas complementarias: TAC columna lumbar: se objetiva ligero acuñamiento anterior de platillo superior de L1. Juicio diagnóstico: Fractura-aplastamiento L1 Tipo A1. TLICS Score 1.”

Esto es, el dolor en raquis es referido por la paciente como “de siempre”, lo que impide atribuirlo a un evento reciente.

Se cursa alta hospitalaria, con indicación de órtesis tipo Taylor y seguimiento en consulta de Neurocirugía.

J.- Siguiendo la clasificación para lesiones de columna toraco-lumbar AOSpine (Thoracolumbar Spine Injury Classification System), existen tres grandes grupos A, B y C según severidad de forma ascendente. Las lesiones tipo A incluyen hasta tres o cuatro niveles de complejidad, en este caso, A1 se corresponde con el más sencillo: Fractura de un solo platillo vertebral sin compromiso de la pared posterior del cuerpo vertebral. Es una lesión vista en las columnas osteoporóticas.

Por otra parte, siguiendo la clasificación TLICS (Thoracolumbar Injury Classification and Severity scale) se le otorgó un score de 1, (Máximo 10, mayor gravedad). Esto es, se trata de lesión por compresión, no es por estallido, ni por torsiones violentas, ni por tracción de la columna. Asimismo, NO existe afectación neurológica y NO afecta el complejo de ligamentos posteriores.

K.- Desde el 22 de septiembre de 2017, es valorada en la Unidad del dolor, se pauta tratamiento para el dolor y se realizan infiltraciones.

El 31 de enero de 2018 por el Servicio de Radiología Vascular Intervencionista se realiza vertebroplastia percutánea de L1. Es un procedimiento terapéutico mínimamente invasivo que consiste en la inyección de un cemento óseo dentro del cuerpo vertebral. Su propósito principal es estabilizar la vértebra y aliviar el dolor.

L.-Posteriormente, en Tac de columna dorso lumbar en la fecha 16 de febrero de 2018 se observa: La fractura aplastamiento L1 con vertebroplastia ya conocida y a nivel de L3-L4 protusión discal.

Asimismo, en TAC dorsolumbar de fecha 12 de abril de 2018, se observan nuevas afectaciones: Fractura aplastamiento de cuerpos vertebrales D12, L1 (ya conocida) y platillo superior de L3 (...) . Protusiones discales circunferenciales entre L3-L4 y L4-L5.

M.- En consulta de Reumatología de 31 de mayo de 2018 se establece como juicio diagnóstico: Fracturas vertebrales de origen osteoporótico. Ha recibido tratamiento en julio de 2018 con Aclasta® (Ácido zoledrónico), intravenoso, indicado en pacientes con fracturas osteoporóticas.

Una fractura osteoporótica es una entidad que ocurre en un contexto de fragilidad ósea en la que, por alteraciones macro o microestructurales, existe una disminución de la resistencia y que ante la aplicación de una fuerza con una magnitud que normalmente sería soportada nos lleva a una fractura».

3. Pues bien, de los informes recabados, cabe realizar las siguientes consideraciones, en la medida en que la Propuesta de Resolución viene así a refutar, adecuadamente, las alegaciones realizadas por la reclamante:

1) Por un lado, en cuanto a la caída sufrida por la reclamante en sí misma considerada:

Como bien observa la Propuesta de Resolución, la propia reclamante señala en sus alegaciones, reiteradas en este sentido el 26 de enero de 2021, que, al acudir los profesionales sanitarios tras la caída, estando ésta consciente y orientada, sin embargo, no le preguntaron cómo sucedió ni dejan constancia de ello en la historia, tampoco aportando información ella «motu proprio», por otra parte.

Además, y en contra de lo que afirma la reclamante, su compañera de habitación, testigo en el procedimiento que nos ocupa, no recuerda si las barras de la cama estaban puestas, a pesar de que la interesada insista en que aquélla afirma que no estaban colocadas.

Por tanto, no podemos partir de los datos que alega. Si bien no existe duda sobre la existencia de la caída, es decir, ésta realmente aconteció en la madrugada del día 25 de agosto de 2017, se desconocen las circunstancias en la que se produjo, es decir, si la interesada cayó de la cama porque no estaban las barras laterales o bien si se deslizó para salir de la cama, si intentó saltarlas, o bien si las bajó ella misma.

En contra de lo que afirma la reclamante, sí son hechos probados en cambio, por un lado, y en relación con su nivel de consciencia en el momento de la caída, que, tal y como indica el SIP, la intervención finalizó a las 14:30, pasando a la unidad de reanimación postanestésica a las 14:40 y a planta sobre las 18:30 horas; por lo que desde la intervención hasta la caída (5:30 horas), transcurrieron, al menos, quince horas, de manera que no es cierto que la caída tuviera lugar cuando «*acababa de someterse a una intervención*» como afirma la reclamante y reitera en su escrito de alegaciones. La interesada insiste en que se encontraba bajo los efectos de la anestesia, afirmación que carece de fundamento dado el tiempo transcurrido desde la intervención.

Asimismo, y por otro lado, en relación con el uso de Orfidal, consta también en su historia clínica que dicho tratamiento era administrado a la paciente, al menos desde abril de 2015 -es decir, desde hacía más de dos años- explicando el SIP al respecto que el uso continuado de benzodiazepinas conlleva la pérdida de eficacia

con respecto a los efectos hipnóticos; por lo que no puede sostenerse la afirmación sustentada por la reclamante sobre la base de la administración de este fármaco.

A mayor abundamiento, cabe agregar acerca de las barandillas, que sí estaban instaladas (si bien no hay prueba de si en el momento de la caída estaban subidas o bajadas), que, en todo caso, su colocación, tal y como indican los protocolos señalados en los distintos informes recabados, está indicada para pacientes seniles con bajo nivel de conciencia, deterioro cognitivo y/o agitado; lo que no acontecía en el caso que nos ocupa, a pesar de la edad de la paciente, pues no concurría el segundo factor, dado que la situación de la paciente, a la llegada a planta, era consciente, orientada, colaboradora (COC), con sueropetrapia, orinando bien y drenaje correcto; por lo que, a pesar de que se le administrara Orfidal, dados sus antecedentes, no era exigible la medida de contención de las barandillas.

En todo caso, por lo demás, y en relación con el hecho de que estuvieran subidas o bajadas en el momento de la caída, la interesada no ha aportado al expediente prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

En relación con la carga probatoria, no cabe ignorar las normas que rigen su distribución. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (entre otras, en el reciente Dictamen 49/2021, de 10 de febrero, en el que asimismo nos remitíamos a su vez al Dictamen 87/2019, de 13 de marzo): *«según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.*

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, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración 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, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

En el presente caso, así, no se ha desplegado actividad probatoria por la interesada que nos lleve a la convicción de que ha concurrido defectuoso funcionamiento del servicio público; y, por el contrario consta, como se ha reseñado anteriormente, que el actuar de la Administración sanitaria fue adecuado.

2) Y, por otro lado, en cuanto a los daños alegados por la interesada a resultas de la caída:

El informe de la Directora de Enfermería que aporta la reclamante (folio n.º 19) afirma que en la valoración de la mañana -tras la caída- la paciente no refiere ningún dolor, ni impotencia, ni hematomas.

Por su parte, en el informe del enfermero (folio n.º 20) se afirma que la paciente estaba consciente y orientada. Alrededor de las 5:30 de la madrugada, los auxiliares le avisan por la caída de la paciente. Acude inmediatamente y la encuentra consciente y orientada pero estaba algo angustiada y quería levantarse. No presentaba dolor y su movilidad era la normal. No refiere ningún tipo de dolor e incluso rechaza analgesia, tampoco refiere ninguna limitación en la movilidad nueva, tras la caída, ni presenta hematoma, ni impotencia funcional. Le dejan nuevamente en la cama con la indicación de que avise si desea levantarse, pero que no lo haga sola. En el cambio de turno se comunica verbalmente el incidente por parte de Enfermería, como se indica en el informe de 26 de mayo de 2020, de la Directora de Enfermería del HUC.

Por su parte, la testigo también afirma que la paciente -compañera de habitación- no volvió a quejarse tras la caída porque ella pudo volver a dormir sin ninguna interrupción.

Así, se le da el alta hospitalaria, constando en el expediente informe de 3 de junio de 2020, del especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial en el que manifiesta que la paciente no presentó clínica relacionada con la caída en el momento en el que recibió el alta hospitalaria, el día 25 de agosto de 2017.

No es hasta el 27 de agosto de 2017, cuando acude al Servicio de Urgencias de Ofra por dolor lumbar. Se le administra Nolotil a las 4 de la mañana, por lo que se entiende que el dolor es de reciente aparición.

La interesada, en su escrito de alegaciones, indica que padecía dolores insoportables desde que recibió el alta, el día 25 de agosto de 2017. Pero sorprende que no manifestara absolutamente nada ni en el momento del alta, es decir, ni

comentara la caída ni los presuntos dolores de los que no hizo mención alguna, ni al día siguiente, sino el día 27.

Las sucesivas actuaciones médicas quedan detalladas en el informe del SIP, señalado más arriba, concluyendo dicho Servicio, a la vista de dichas actuaciones y los resultados de cada una de las pruebas, que, en contra de lo que señala la reclamante, el dolor que hace que la paciente acuda a Urgencias el 27 de agosto de 2017, parece ser de reciente aparición, cuarenta y ocho horas después del alta.

Un día después, el 28 de agosto de 2017, la sintomatología algica es más variada (dolor en la zona costal derecha, lumbar, columna dorsal y codo derecho). Antecedentes dorsales desde el 2016 y de cervical y hombros desde junio de 2017. Consta «*dolor raquídeo de siempre*», lo que también impide atribuirlo a un acontecimiento reciente. Además, la paciente presenta una columna osteoporótica. Se trata de una lesión por compresión, no por estallido, ni torsiones violentas.

Efectivamente en el TAC realizado en enero de 2018, consta la fractura de aplastamiento L1 con vertebroplastia ya conocida y a nivel de L3-L4 protusión distal, si bien en consulta Reumatológica de mayo de 2018 se hace constar: Fracturas vertebrales de origen osteoporósico. Este tipo de fracturas ocurren en un contexto de fragilidad ósea. Ante la aplicación de una fuerza con una magnitud que normalmente sería soportada, una disminución de resistencia, produce una fractura.

Por todo lo expuesto, se concluye que no existe nexo causal entre la caída en el hospital y la actuación sanitaria, ni entre aquélla y los dolores que la paciente padece a las 48 horas del alta, cuando acude al Centro de Ofra. Además, las fracturas vertebrales son el tipo de fractura osteoporótica más común y se producen, a menudo, por actividades cotidianas; lo que guarda relación con las patologías previas presentadas por la propia paciente y no con la caída acontecida en el hospital durante su estancia para la intervención maxilofacial.

Por tanto, este daño no tiene vinculación con la asistencia sanitaria por la que se reclama.

4. Por las razones expuestas, así, pues, no concurren los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se entiende que es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación de la interesada.