Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 9 8 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 16 de septiembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...), en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 437/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 3 de julio de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 8 de julio de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) en representación de (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (20.000 euros) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación 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).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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.

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, 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 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.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante hija de la fallecida, ostentan la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) de la LPACAP y art. 32.1 de la LRJSP], como familiar directo de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos de la persona fallecida, en el Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así señalamos en el citado dictamen:

«La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizada que, integrado en su patrimonio, transmite luego mortis causa. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es

ejercitable ex iure propio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supérstites y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.

En la presente reclamación, los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado» (Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020).

Por tanto, aplicada la citada doctrina al presente caso, la hija de la fallecida está legitimada exclusivamente por el daño moral que la muerte de su madre le ha causado.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP.

6. En el presente supuesto, se ha superado con creces el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP, sin justificación alguna para tal dilación. Sin embargo, la demora producida no impide la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP.

II

La reclamación de responsabilidad patrimonial se sustenta en los siguientes antecedentes de hecho que se extraen de la reclamación formulada por la interesada y que se exponen en la Propuesta de Resolución:

«1. Con fecha 29 de julio de 2020, (…) ingresó en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (HUC), por fractura abierta grado IIA metafisiaria proximal de tibia derecha ocasionada tras sufrir caída por unas escaleras.

2. Durante la intervención quirúrgica, practicada en fecha 10 de agosto de 2020, por el Servicio de Traumatología y C. Ortopédica, Sección COT, del HUC, comienzan a apreciarse en el primer tiempo quirúrgico "complicaciones locales de los pines del fijador externo", siendo complicaciones cutáneas, que debían de tenerse en cuenta antes de programar la cirugía, dada la fragilidad y las malas condiciones de la piel de la paciente, lo cual resulta ser una grave contraindicación para este tipo de intervención quirúrgica.

3. En el segundo tiempo quirúrgico, se presentan múltiples complicaciones, por lo que deciden concluir la intervención y aplicar una férula de yeso: "en el momento de la inmovilización de la pierna se abre la herida de la fractura la cual se lava con suero fisiológico. Se aprecia gran pérdida ósea a nivel proximal, justo en la zona de entrada del clavo. Se coloca Clavo de 10 y 8 mm sin lograr una adecuada reducción porque diastasaba (sic) la fractura e impedía el cierre de las partes blandas con posterior exposición ósea. Ante este problema y el mal estado de las partes blandas se decide retirar el clavo y se hace un lavado profuso y cierre por planos de piel prolene. Férula de yeso".

3.- La reclamante advirtió e informó a los enfermeros de planta de la Sección COT del HUC, días previos al alta, que se produjo en fecha 17 de agosto de 2020, sobre el mal estado en el que se encontraba su madre, presentando síntomas de desorientación y delirios.

A lo anterior se suman las propias condiciones de la habitación, situada en la quinta planta del HUC, con una temperatura térmica muy elevada, y no encontrándose ni siquiera ventilada para que circulara el aire.

Todas las fracturas abiertas deben considerarse contaminadas debido a la comunicación existente entre el foco de fractura y el ambiente exterior. La infección se ve favorecida por la contaminación bacteriana. Tales circunstancias ambientales unidas a los propios síntomas que presentaba, evidenciaban y alertaban del alto riesgo de infección de la herida, y a pesar de ello, se le da de alta a la paciente de forma precipitada el día 17 de agosto de 2020.

4.- A continuación, la paciente es trasladada a su domicilio en ambulancia, sobre las 16:00 horas. Ésta solo habló cinco minutos, y se quedó dormida. Al día siguiente, 18 de agosto de 2020, ante la imposibilidad de despertarla por parte de los familiares, es trasladada de nuevo al HUC en ambulancia, donde diagnostican "Ictus Isquémico agudo en territorio de acm-derecha de probable etiología cardioembólica. Taci. FA de novo. FA rápida. Descompensación de ICC. Probable Infección respiratoria nosocomial." Además, en los análisis de sangre se recoge un nivel de leucocitos elevado, que indica la existencia de una infección bacteriana.

5.- No es sino hasta el día siguiente 19 de agosto de 2020, a las 13:50 horas, cuando se revisa en el Servicio de Urgencias la situación de su herida en la tibia: "se comprueba que el vendaje está manchado y húmedo, por lo que hago IC para valoración de herida, como posible foco de leucocitosis sin aparente foco respiratorio" y solicita interconsulta al Servicio de COT.

6.- El día 20 de agosto de 2020, se traslada a la paciente a la planta 9º del HUC, siendo hospitalizada en el Servicio de Neurología. Su estado de salud empeora con el paso de los días, hasta que en fecha 26 de agosto de 2020, según Informe del Servicio de Neurología, advierte "una mala evolución de la herida en pierna derecha y con un mal estado general y mal pronóstico, se cita a la familia para explicar opciones terapéuticas".

7.- El día 27 de agosto de 2020, continúa con mala evolución y con fiebre mantenida "precisando rescates de morfina durante la noche por disbalance torácico abdominal", hasta que a las 13:40 horas se confirma su fallecimiento».

En cuanto a los motivos en los que sustenta la acción de responsabilidad patrimonial, en la reclamación se alega la existencia de relación causal entre el fallecimiento de su madre y la mala praxis del Servicio de Traumatología del HUC, que concreta en las siguientes actuaciones contrarias a la *lex artis:*

- La decisión de intervención quirúrgica de la fractura abierta grado IIA metafisiaria proximal de tibia derecha, a pesar de los altos riesgos de infección que conllevaba por las propias condiciones locales de la herida y los antecedentes personales de la paciente de osteoporosis y pénfigo.

- Alta precipitada en fecha 17/08/2020, por parte del Servicio de Traumatología, pautándole a la paciente un tratamiento de antibiótico insuficiente para este tipo de infección.

- La infección cutánea contraída por la paciente en la Sección de Traumatología del HUC, así como la falta de administración de un tratamiento antibiótico efectivo desencadenó la sepsis de origen cutáneo y su fallecimiento.

Cuantifica la indemnización solicitada en 20.000 euros.

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial el día 26 de agosto de 2021 por (...) en representación de (...).

Junto con la reclamación se aportan documentos clínicos, así como escrito de reclamación en el ámbito sanitario presentada el 1 de octubre de 2020 por (...) dirigida al Servicio de Atención al Usuario del H.U.C y respuesta a la reclamación remitida por el Dr. (...) del Servicio COT del H.U.C.

2. Se requiere a la interesada a fin de que subsane y mejore la reclamación presentada, otorgándole un plazo de diez días a fin de que aporte, entre otros, los siguientes documentos: acreditación de la representación con la que actúa, y cuantificación de la indemnización, aunque sea de forma aproximada.

3. El 2 de septiembre de 2021 presenta la documentación requerida y cuantifica, aproximadamente, la indemnización en veinte mil euros (20.000 €), por el fallecimiento de su madre tomando como referencia el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. En concreto, la tabla de indemnización por causa de muerte, desglosada en Tabla 1.A. Perjuicio personal básico, categoría 3, el perjuicio personal básico a los descendientes que tenga más de 30 años, 20.000 €.

4. Por Resolución del Director del Servicio Canario de Salud de fecha 25 de octubre de 2021, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).

Dicha resolución es notificada a la interesada y a la compañía aseguradora del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (...) a fin de que, puedan personarse en el procedimiento y proponer los medios probatorios que estimen oportunos.

5. En la fase de instrucción se recaba la historia clínica de la paciente tanto en el ámbito de Atención Primaria como de Atención Especializada (CHUC) y se solicitaron y se emitieron los siguientes informes:

- Informe de 24 de noviembre de 2021 emitido por el Coordinador de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

- Informe de 30 de noviembre de 2021 del Facultativo Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT) del CHUC.

- Informe de fecha 7 de marzo de 2024, emitido por el Médico adscrito al Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS.

6. Con fecha de 14 de marzo de 2024, se procede a la apertura del periodo probatorio y se acuerda admitir a trámite las pruebas documentales propuestas por la interesada, así como las practicadas por el SCS incorporadas al expediente.

7. De conformidad con el artículo 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se confiere trámite de audiencia a la interesada, notificado el día 14 de marzo de 2024.

8. La reclamante formula alegaciones mediante escrito presentado el 28 de marzo de 2024, en el que viene a reiterar que la fragilidad de la piel es un factor condicionante en el abordaje de la intervención quirúrgica de fractura abierta, que se requería otro tipo de tratamiento antibiótico distinto del administrado, que hubiera evitado la sepsis y que esa infección que fue la causa del segundo ingreso de la paciente en fecha 18 de agosto de 2020 se contrajo en el servicio COT del centro hospitalario, que desembocó en el fallecimiento de la paciente.

9. Con fecha 2 de julio de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

IV

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- requisito esencial 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 de la 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *Lex Artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

De este modo, existe una abundante jurisprudencia del Tribunal Supremo en materia de responsabilidad patrimonial, pudiendo citar la Sentencia de 28 de marzo de 2007 que afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Por ello, la *Lex Artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

2. En el presente caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial se fundamenta en los siguientes motivos:

- La decisión de intervención quirúrgica de la fractura abierta grado IIA metafisiaria proximal de tibia derecha, a pesar de los altos riesgos de infección que conllevaba por las propias condiciones locales de la herida y los antecedentes personales de la paciente de osteoporosis y pénfigo.

- Alta precipitada en fecha 17/08/2020, por parte del Servicio de Traumatología, pautándole a la paciente un tratamiento de antibiótico insuficiente para este tipo de infección.

- La infección cutánea contraída por la paciente en la Sección de Traumatología del HUC, así como la falta de administración de un tratamiento antibiótico efectivo desencadenó la sepsis de origen cutáneo y su fallecimiento.

A fin de poder analizar si fue o no conforme a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada a la madre de la reclamante, resulta preciso acudir al relato clínico de los hechos, extraídos de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención a la paciente, así como de la documentación clínica aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento:

- (...) de 79 años de edad, sufre una caída por las escaleras con trauma directo sobre extremo superior derecho de la tibia derecha contra un escalón. Por este motivo acude el día 28 de julio de 2020 al Centro de Salud de Finca España, resultando una herida inciso contuso de unos 4 cm, profunda, que dejaba ver el hueso. No presentaba deformidad ni tumefacción de la articulación y la movilidad estaba conservada pero era dolorosa. Dada la magnitud de la herida, se deriva para valoración al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias (en adelante H.U.C.) (folios 592-594).

- La paciente presentaba los siguientes antecedentes personales: Dependiente para las actividades de la vida diaria (DABVD), su día a día es cama-sillón, Penfigoide, alergia a la eritromicina, lumboartrosis, osteoporosis, obesidad grado III (mórbida), leve deterioro cognitivo, dermatomicosis sin especificar, crisis hipertensiva, hipercolesterolemia pura, hipertrofia ventricular izquierda, fractura vertebral cerrada.

- En el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, es vista por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Queda ingresada por herida inciso-contusa con exposición ósea en extremo superior de tibia del miembro inferior derecho que tras estudio radiográfico se confirmó una fractura abierta grado III A (Gustilo) metafisaria proximal de tibia derecha. Se realiza lavado abundante, vacuna antitetánica, tratamiento antibiótico intravenoso, e ingresa para tratamiento quirúrgico (2 tiempos).

Firma documento de consentimiento informado para cirugía (folio 561 y 562) donde consta como complicaciones más frecuentes: infección a nivel de la herida operatoria, necrosis cutánea, complicaciones del estado general que pueden originar la muerte, entre otras.

Por tanto, consta lavado de la herida y se dio cobertura antibiótica y profilaxis antitetánica hasta que se pudiera intervenir de urgencia.

- El día 29 de julio de 2020 se llevó a cabo la intervención quirúrgica, bajo anestesia espinal. Se realiza lavado abundante con 6 litros de la fractura abierta. Se procedió al refrescamiento de los bordes de la herida (Friedrich) y se cerró con puntos de suturas quirúrgicas estériles no absorbibles compuestas de polipropileno (ProleneR). Se confirmo que la piel era muy frágil (*piel de cebolla*). Para estabilizar la fractura se colocó un fijador externo Hoffmann II con dos pines en fémur distal y dos pines en tibia.

Se hizo una radiografía de control para confirmar la correcta posición. Se curaron las zonas de perdida de piel y se procedió al vendaje. Quedando pendiente la programación de la intervención quirúrgica definitiva (folio 184).

- El primer día postcirugía la paciente continúa en URPA pendiente de cama. Vendaje limpio (folio 185).

- Consta que el día 30 y 31 de julio se realiza cura de la herida por parte de enfermería y presenta buen aspecto sin signos de infección ni sufrimiento cutáneo (folio 185, 208 y 209).

- Los días siguientes se realizan curas de la herida, y la paciente se mantiene afebril y hemodinámicamente estable, pero presenta desorientación desde el ingreso, posible SMO vs hiponatremia crónica (folios 209, 210, 211).

- El día 5 de agosto en valoración por Traumatólogo consta que la herida presenta buen aspecto sin signos de infección, con sufrimiento cutáneo en zona pines.

- Se estabilizó el balance hidroelectrolítico mejorando su estado basal. También fue valorada por el Servicio de Dermatología, por la fragilidad cutánea.

- El 6 de agosto el Traumatólogo habla con la familia y le explica la situación y el estado actual, así como la posible intervención el lunes pendiente de ser valorada nuevamente por anestesia para el apto a la cirugía.

- El 10 de agosto de 2020 es intervenida quirúrgicamente en un procedimiento en dos tiempos. Se lee en la nota quirúrgica: *«En el primer tiempo quirúrgico se procede a la extracción del material de osteosíntesis del fijador externo.*

En el segundo tiempo quirúrgico se practica abordaje anterior a través del tendón rotuliano de la rodilla derecha. En el momento de la movilización de la pierna se abre la herida de la fractura, la cual se lava con suero fisiológico. Se aprecia gran pérdida ósea a nivel proximal, justo en la zona de entrada del clavo. Se colocan clavos de 10 mm y 8 mm sin lograr una adecuada reducción, los fragmentos se separaban e impedían el cierre de las partes blandas dejando al hueso expuesto. Ante este problema y el mal estado de las partes blandas se decide retirar el clavo y se hace un lavado profuso y cierre por planos de la piel con Prolene. Férula de yeso». Folio 186

- Durante el postoperatorio fue necesario hacer una transfusión de sangre, para aumentar la hemoglobina y se corrigió el balance electrolíticos.

Se realizan curas periódicas de la herida, donde no se observan signos de infección, sin apertura de la herida. Es decir no había exposición ósea, y sí se apreciaba tejido de granulación indicando inicio de la cicatrización. Se mantuvo siempre afebril y hemodinamicamente estable.

- El 16 de agosto de 2020 consta: *«Cura hoy: Se aprecia signos leves de sufrimiento cutáneo en la herida transversal pero de momento sin riesgo de abrirse y que exponga el hueso, parece estar granulando. Se aprecia pequeño eritemna en el borde proximal de la herida anterior en la rodilla sin embargo la rodilla esta seca curamos con betadine en gasas y colocamos nuevametne la férula de yeso.*

Plan: alta mañana si no hay incidencias con curas para el día viernes en este centro. Adiciono augmentine. cita de revisión con COT en 3 semanas con RX de control».

- El día 17 de agosto de 2020, de acuerdo con su familia, se le dio el alta, con la pauta de tratamiento de clexane 60 mg cada día hasta la retirada del yeso y Augmentine cada 8 horas durante 10 días.

- La misma tarde de su alta, ya en el domicilio, comenzó a estar «*muy dormida*» apenas abría los ojos, sin responder a preguntas. La mañana del 18 de agosto de 2020, al no mejorar, es llevada al servicio urgencias del HUC donde se constata el bajo nivel de conciencia y la debilidad en extremidades izquierdas, se realizó TAC craneal que mostró extensa lesión isquémica aguda en territorio de ACM derecha con imagen de trombo en segmento M1 de la misma. Por otro lado, se registró taquicardia de 150 lpm con trazado de fibrilación auricular «*de novo*» que se controló

con betabloqueantes. Asimismo, se registraron, cifras de fiebre y febrícula, extrayéndose sangre para hemocultivo e iniciándose tratamiento antibiótico de amplio espectro, ante posible infección. Tras estabilización hemodinámica es trasladada a planta de neurología el 20 de agosto de 2020.

- Ingresa en planta de Neurología procedente de servicio de Urgencias con los diagnósticos de: 1) Ictus isquémico extenso de ACM-D de probable etiología cardioembólica. 2) FA rápida *de novo*. 3) Fractura abierta de tibia y peroné derechos. 4) Infección cutánea secundaria en zona de fractura.

En la exploración física presenta Tª 37.7ºC, TA 108/73 mmHg, FC 116 lpm, satO2 92% (basal), FR 20 rpm. Mal estado general. Desnutrición tipo obeso. Sangrados cutáneos en múltiples localizaciones. ACP: RsCsAs, sin soplos. MV conservado, con crepitantes generalizados y roncus dispersos. Abdomen: globuloso, blando, depresible, no apartemente doloroso a la palpación. No masas ni megalias RsIs presentes. MMII: MID no valorable por escayola, pero se aprecia buen relleno distal de dedos, discretos edemas pretibiales en MII, pulsos pedios presentes.

- A su llegada a planta se solicitó IC a S. de COT que realizó cura de herida de fractura en pierna derecha. Desde el ingreso, se inició cobertura antibiótica de amplio espectro con Cefepime y linezolid y se solicitó valoración por S. de Medicina Interna/Infecciones.

A pesar del tratamiento y las curas cutáneas, la paciente continuó con empeoramiento de su estado.

La herida presentaba un mal aspecto con colecciones claras pero sin evolución tórpida de la misma. Se detectaron escaras en la región posterior del muslo por rozamiento con la férula de yeso y una importante infección fúngica en región inguinal bilateral. Estaba en estado crítico y aspecto séptico. La situación funcional tras el ictus fue de una hemiplejia residual en hemicuerpo izquierdo.

Ante la mala evolución de la herida en pierna derecha, el mal estado general de la paciente y su mal pronóstico, se cita a la familia para explicar opciones terapéuticas y pronóstico de las mismas: Lavado/desbridamiento vs Amputación vs Tratamiento paliativo.

- El 27-8-20 se produce el fallecimiento de la paciente.

3. Establecidos así los anteriores presupuestos fácticos y aplicada la doctrina señalada en el apartado primero del presente Fundamento al presente caso, procede concluir que, de los informes obrantes en el expediente emitidos por los servicios

asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, así como por el Servicio de Inspección, y de la historia clínica, no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis.*

Informa el Dr. (...), facultativo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (folio n.º115- 117), que los pilares fundamentales para el manejo de las fracturas abiertas son la unión de la fractura, la prevención de complicaciones y la restauración de la función. Todo esto se consigue con un inicio temprano de los Antibióticos (con finalidad preventiva, y no como tratamiento), el desbridamiento quirúrgico, la cobertura de la herida y la estabilización de la fractura. A pesar de tomar todas estas precauciones, estas fracturas pueden conllevar a múltiples complicaciones como la infección, necrosis cutánea, pseudoartrosis o retardo de consolidación entre otras.

El ingreso de (...) se produce debido a una Fractura abierta grado III A, según la clasificación de Gustilo y grado III de Tscherne. En este momento se inició de manera adecuada los antibióticos profilácticos para este tipo de lesión, y se realizó una estabilización temporal de la fractura con un fijador externo junto con el lavado y desbridamiento de las partes blandas.

Respecto a la decisión de la intervención quirúrgica de la fractura a pesar de los antecedentes personales de la paciente, se informa que la planificación de la intervención definitiva de la paciente se realizó con una adecuada valoración y estabilización prequirúrgica. Recibió seguimiento por parte del servicio de Medicina Interna, a fin de cuadrar el balance hidroelectrolítico e intentar mejorar su estado basal. También fue valorada por el servicio de Dermatología, quien no manifestó imposibilidad de practicar la cirugía. El Dr. (...) manifiesta que «*debido a que no había ninguna contraindicación para la cirugía definitiva (la Osteoporosis o la fragilidad capilar NO son contraindicaciones absolutas de la cirugía) se decide realizar la intervención definitiva para terminar de cumplir uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de las fracturas abiertas que es la estabilización definitiva».* Y la paciente firma el documento de consentimiento informado.

En cuanto a la decisión de dar el alta y tratamiento antibiótico pautado, procede indicar que consta en la historia clínica que durante el período postquirúrgico se realizó un seguimiento del lecho quirúrgico, con curas seriadas que no mostraban signos de infección, no había exposición ósea, ya se apreciaba tejido de granulación,

las alteraciones de los iones estaban corregidas y la hemoglobina en ascenso, por tal motivo se le da el alta consensuado con la familia. Es decir, durante el ingreso hospitalario no presenta signos de infección cutánea.

Expone el Dr. (...) en su informe *«que en las fracturas abiertas, el simple hecho de que exista exposición ósea no es indicación para colocar tratamiento antibiótico a largo plazo. Sólo se ordenan éstos de manera profiláctica como se realizó en este caso. Existe a nivel mundial un consenso sobre el uso de los antibióticos según el grado de la fractura y en las grado IIIA, la recomendación es hacer un cubrimiento con cefalosporinas de 1ª generación y aminoglicósidos (ambos antibióticos fueron pautados y administrados desde el inicio a esta paciente). En ningún caso se hace una profilaxis con Linezolid y Cefepime, pues estos medicamentos se indicaron durante el segundo ingreso ante la sospecha de infección nosocomial de origen desconocido. Tampoco se documentó que el proceso infeccioso que se sospechaba fuera de la pierna afectada, ya que no hay cultivos que lo confirmen, colecciones o drenaje de líquido por la herida».*

Por tanto, durante el postoperatorio no se evidencian signos de infección ni apertura de la herida por lo que se decide de manera conjunta con la familia dar de alta con el adecuado tratamiento antibiótico para prevenir una infección, no para tratar ninguna activa. También se añadió HBPM.

En cuanto a la infección cutánea contraída por la paciente y la alegada falta de un tratamiento antibiótico efectivo, reitera el Dr. (...) que *«las fracturas abiertas por sí solas no requieren de tratamiento antibiótico prolongado en el tiempo, solo se les da de una manera profiláctica a no ser que se documente un proceso infeccioso, el cual no se evidenció en su primer ingreso hospitalario. Además los antibióticos pautados posteriormente se iniciaron ante la sospecha de un proceso infeccioso nosocomial no documentado. Al día siguiente del alta, la paciente es llevada a urgencias del HUC por presentar un cuadro neurológico con disminución de consciencia y debilidad en extremidades del lado izquierdo».*

El SIP añade que *«el electrocardiograma detecta una Fibrilación auricular, que es conocida causa de ACV isquémico de origen cardioembólico. El TAC mostró extensa lesión isquemia aguda en territorio de arteria cerebral media derecha con imagen de trombo en segmento M1 de la misma. Este dato hace pensar que al menos llevaba 24 h. de evolución, a pesar de lo cual se activa el Código Ictus. La exploración pulmonar hace sospechar de un proceso infeccioso respiratorio, además de registrarse un pico febril, por lo que se solicitó hemocultivo. Se inicia tratamiento de amplio espectro antibiótico. Tras estabilización termodinámica se traslada a planta de Neurología. Los resultados de los hemocultivos, excepto el primero que estaba contaminado, tras 5 días de incubación fueron negativos por lo que con estos resultados y la falta de elevación de los marcadores de sepsis resulta muy*

difícil pensar que la causa directa de la muerte de la paciente fuera por sepsis con punto de entrada cutáneo».

No obstante, consta en la historia clínica probable infección respiratoria nosocomial y posible infección de la herida quirúrgica en MID, aunque los cultivos fueron negativos, consta que el 26 de agosto de 2020 la herida de tibia proximal derecha presentaba mal aspecto, no colecciones claras pero no evolución tórpida de la misma, al mismo tiempo escaras en región muslo posterior por choque con la férula de yeso y tiene importante infección fúngica en región inguinal bilateral.

En cuanto a la posible infección nosocomial, procede indicar que el estado de la ciencia a pesar de los medios puestos a disposición, no permite eliminar un porcentaje irreductible de prevalencia de infecciones en el ámbito hospitalario. En la actualidad no hay ninguna estrategia probada que reduzca el riesgo de infección a cero, pues muchos de los factores son dependientes del estado del paciente.

Interesa destacar las conclusiones del informe del SIP: *«En este momento las analíticas muestran una elevación del recuento de leucocitos que puede hablar del proceso inflamatorio agudo del ictus y una elevación de los marcadores de daño estructural como el dimero D y el fibrinógeno mientras que los reactantes de fase aguda se mantenían sin elevación que habla en contra de una infección. Si por el contrario el proceso de la paciente se inclinara hacia la infección, la elevación de los marcadores debía ser hacia la línea de infección aguda, por ejemplo en la proteína C reactiva o en la Pro calcitonina deberían estar mas elevados (4). No obstante debido al proceso febril, que puede ser debido al proceso neurológico en curso, se solicita hemocultivo y se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro.*

Los resultados de los hemocultivos, excepto el primero que estaba contaminado, tras 5 días de incubación fueron negativos por lo que con estos resultados y la falta de elevación de los marcadores de sepsis resulta muy difícil pensar que la causa directa de la muerte de la paciente fuera por sepsis con punto de entrada cutáneo.

El recorrido del ictus avanza en sentido cefalo caudal, aumentando la somnolencia, sin obedecer órdenes sencillas, con parálisis facial, hemiplejia y ausencia de somato agnosia izquierda. Con el paso de las horas y a pesar del tratamiento, el edema cerebral y la presión intracraneal van progresando desde la corteza cerebral hasta el tronco encefálico y cuando afecta a los centros respiratorios se produce la parada cardio respiratoria para así concluir con la muerte de la paciente».

Es un hecho notorio y por ello no necesitado de prueba, que existe un porcentaje de infecciones nosocomiales inevitable, aún cuando se adopten todas las medidas de

asepsia, por lo que no es admisible que se atribuya al funcionamiento del servicio público sanitario pues ello contraviene todos los estudios científicos, protocolos y normativa existentes sobre esta materia, y, en definitiva, supone un desconocimiento de lo que constituye un riesgo inherente a la estancia en un hospital.

En este sentido, concurre como causa excluyente de responsabilidad administrativa en materia sanitaria la cláusula de exclusión de los riesgos del progreso prevista en el art. 34.1 LRJSP que dispone que *«no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos».*

Ante la idoneidad y corrección de las técnicas médicas recibidas, el presente daño no es calificable de lesión antijurídica, sino la materialización de un riesgo conocido e inherente a las intervenciones practicadas.

Las circunstancias del caso valoradas en su conjunto hacen que se llegue a la conclusión de que no concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, ante la falta de prueba de que el fallecimiento de la paciente, y madre de la reclamante, sea debida a la actuación sanitaria dispensada para tratar la fractura abierta de tibia que presentaba y que junto a los múltiples antecedentes personales, comportaba un trauma complejo, no exento de riegos y complicaciones, de las cuales fue debidamente informada.

A pesar del tratamiento pautado, tras la operación sufre una de las complicaciones descritas en el Consentimiento informado que fue la infección, frente a la cual se adoptaron todas las medidas al alcance del servicio para tratarla, pese a ello la evolución fue tórpida. A lo que se une el ictus que desgraciadamente sufrió la paciente tras el alta hospitalaria.

Considera este Consejo Consultivo que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas para las patologías de la paciente, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada, haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis.*

Para determinar la responsabilidad de la Administración Sanitaria, debe concurrir, además del daño suscitado, el nexo de causa entre éste y la atención médica dispensada, así como una infracción que pueda demostrarse de la *lex artis,* siendo ésta el referente para determinar la actuación correcta de aquéllos.

En definitiva, esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* supone la inexistencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación interpuesta, por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.