Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 4 0 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 1 de octubre 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 (...), tutora de (...), representada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 488/2024 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 de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud [en adelante, SCS], iniciado el día 29 de mayo de 2019 por parte de la representación de la esposa e hija de (...), (...) y (...), por las lesiones producidas a éste así como las lesiones psíquicas a la hija menor [si bien en ese momento ya era mayor de edad, por lo que debe tratarse de un error de la reclamación], que a lo largo del procedimiento deriva en reclamación de (...), como tutora, de (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada en una clínica privada a la que fue derivado desde el servicio público de salud.

2. Si bien no se cuantifica la indemnización reclamada, de estimarse sería superior a los 6.000 €, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la persona 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 con el art.

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas [LPACAP].

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 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.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver [arts. 21.2 y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa aún el deber de resolver expresamente [art. 21.1 y 6 LPACAP].

5. El órgano competente para instruir y resolver 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.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud corresponden la incoación y la tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que obsten la emisión de parecer de este Consejo sobre el fondo de la presente reclamación.

II

1. Los hechos por los que se reclama, según la interesada, son los que siguen:

«El 1 de diciembre de 2018 (…) se encontraba ingresado en la (…) para la rehabilitación de las lesiones sufridas como consecuencia del ICTUS sufrido en el mes de junio de 2018.

Esa mañana, tras haber sido levantado de la cama y colocado por las enfermeras en una silla para ser trasladado a su rehabilitación diaria, se cayó hacia delante impactando en el suelo con la cabeza al no habérsele colocado las correas de sujeción.

Es de mencionar que (...) no tenía dominio de su cuerpo como lesión del ICTUS sufrido con anterioridad.

Cuando las enfermeras detectaron que se había caído lo colocaron en la cama sin prestarle atención, o corroborar que no había sufrido lesiones por el impacto contra el suelo».

Prosigue la reclamación refiriendo que al llegar su esposa comprobó que el Sr. (...) no reaccionaba y tenía un hematoma subdural agudo en la frente y que lo trasladaron al Complejo Hospitalario Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria donde finalmente fue intervenido. Señalan que en la actualidad (...) se encuentra en estado de semiinconsciencia y achacan a la caída las graves lesiones cerebrales que le han ocasionado lesiones físicas y psíquicas.

No cuantifican la indemnización que solicita.

2. Admitida la reclamación, con fecha 7 de octubre de 2019, se requiere a los reclamantes en la misma a efectos de que aporten sentencia en que se designe persona que ostente la tutoría de (...), que es aportada el 14 de agosto de 2020.

3. Con fecha 7 de junio de 2022, el Servicio de Inspección y Prestaciones [en lo sucesivo, SIP] emite informe en el que señala:

«- El 16 de noviembre de 2018 el paciente ingresa en (...), procede del Hospital Universitario Insular, con diagnóstico de Ictus isquémico. "El pasado 3 de julio el paciente sufre ACV, se objetiva oclusión de arterias cerebral media y estenosis critica de ACI derecha (...) sufriendo posteriormente durante el ingreso en el CHUIMI hemorragia hemisférica Dr, neumonía (...) tras tratamiento, trombectomía mecánica, craneoplastia (...) estabilización con mejoría del cuadro agudo es trasladado a la (...) para seguir tto. y proceso de rehabilitación.

El paciente se deriva desde el Hospital Insular con los siguientes diagnósticos: Ictus isquemico en territorio de ACM Dr origen aterotrombótico. Estenosis crítica de ACI Dr cervical y oclusión de ACM.m1 Dr. Estenosis preoclusiva de ACI izquierda.

Tratamiento médico y quirúrgico (trombectomía mecánica ACM Dr, angioplastia y stent ACC-ACI Dr, restenosis residual no significativa de stent en arteria carótida interna todo ello en Hospital Insular además de tto. rehabilitador durante estancia en dicho hospital.

El Servicio de Medicina Interna de (...), a su llegada, valora al paciente y anota en informe: " (...) consciente, orientado, disartria leve, parálisis facial supranuclear izquierda, hemiparesia izquierda de predominio distal en MSI y homogénea en MII grado 4+/5 (...) resto exploración normal (...)

El paciente llega para seguir con tto. rehabilitador.

Edad 63 años. A.P. HTA y dislipemia, portador de gastrostomía que no usa. Ingresa en Medicina Interna.

A su llegada hasta pauta médica se halla encamado, con pañal, lavado en cama. Un familiar insiste en levantarlo de la cama a lo que le refieren el personal de la clínica que hasta que se valore ello médicamente no se hará.

El día 18 de noviembre según historial clínico durante la tarde refiere enfermería que "la familia vuelve a sentarlo en su silla de ruedas a pesar de no tener autorización médica para ello, sabiendo que no tiene dicha autorización y asumiendo responsabilidad la mujer".

El día 19 de noviembre es valorado por Medicina Interna que indica sentar mañana y tarde. Pendiente de IC con Rehabilitación. Medicina Interna valora al paciente, se anota en historial: " (...) diagnóstico de ictus isquémico de ACM Dr. paciente de origen tromboembólico (...) mantengo tto prescrito y solicitada IC a RHB, hablo con su esposa. sentar a diario mañana y tarde".

El día 20 de noviembre el paciente sigue estable hemodinámicamente con buen estado general, afebril (...), no refiere dolor ni molestias.

El día 22 de noviembre enfermería anota el buen estado del paciente y que realiza vida silla-cama.

- El día 22 por la tarde valorado por Rehabilitación. Sigue con rehabilitación días siguientes, en principio por un mes.

En la exploración realizada en esta fecha por el Servicio de Rehabilitación: "paciente orientado en tempo y espacio. En hemicuerpo izquierdo: MSI 3+/5, MII 4+/5.

Control de tronco. Bipedestación.

Diagnóstico: atrofia y/o debilidad muscular por desuso, hemiparesia izquierda.

Tratamiento: reforzar control de tronco, más transferencias, más potenciación de hemicuerpo afecto, más bipedestación, más reeducación de la marcha, tratamiento en gimnasio, revisión en un mes.

El 23 de noviembre en control sucesivo por Dra. Internista anota:" buenas ingestas, descansa por la noche, ctes bien. sube a RHB, familiar presente informado".

El día 25 de noviembre enfermería anota: "sentado en silla de ruedas y paseando por la unidad y terraza".

El 27 de noviembre el médico anota que sube a RHB, desplazándose en silla de ruedas con ayuda de familiar".

El 28 de noviembre enfermería anota en historial clínico. "sedestación en sillón parte de la mañana".

El día 29: "paciente estable hemodinámicamente. Afebril, tranquilo, en alerta, eupneico a O2 ambiente. Buenas ingestas en las comidas (...) sedestación en sillón parte de la mañana (...) ". Sigue en rehabilitación.

El día 29 de noviembre a las 09:21 horas enfermería anota: "paciente estable y afebril en el turno. Administrado tto. médico pautado, aunque el HIBOR pautado a las 18 horas se le tiene que administrar a las 20:30 porque el paciente no se encuentra en la habitación hasta dicha hora (...) acompañado, sentado en silla de ruedas y pasa gran parte de la tarde en la terraza (...) ".

El 30 de noviembre: "sentado en silla, bien tolerado".

El 30 de noviembre escribe la Dra.: "mucho más animado y colaborador. Ctes. normales. Completando tto. rehabilitador, descansa bien en la noche (...) "

- El 1 de diciembre el médico anota en historial clínico a las 11:22 horas: "paciente que se encontraba sentado en silla de ruedas y sufre caída hacia adelante sufriendo traumatismo a nivel frontal izquierdo. El paciente está consciente, orientado en tiempo y espacio (...) defecto motor residual espástico izquierdo (hemiparesia izquierda residual espástica), sin aparente nueva focalidad neurológica que las presentadas previamente (...) presenta signos de traumatismo con la presencia de hematoma frontal izquierdo (...) monitorización (...) TAC urgente". El paciente se encontraba en su habitación después de ser aseado, sentado en silla de ruedas.

A las 15:29 horas del día 1 de diciembre de 2018 valoración y anotación médica: "al inicio del turno de este día el paciente después de ser aseado es: sentado en silla de ruedas de manera rutinaria, sin sujeción abdominal, la cual no está pautada en WEB.

Paciente diariamente rehabilitación en gimnasio". A las 11:30 sufre caída sin ser presenciada salvo el momento en que permanecía en el suelo, una auxiliar de enfermería escucha el golpe y automáticamente acude a la habitación e informa a enfermería. No permanece en el suelo más de 2 minutos y es inmediatamente valorado por el Dr. (…) que se encontraba en planta pasando visita, en dicho momento, el paciente se encontraba consciente, orientado (...) realizar valoración médica cada 2 horas. Se procede a realización petición de TAC de cráneo urgente (...) " en la espera de dicho TAC, el paciente sufre vómito, se avisa, acude el Dr. encontrando paciente ya estupuroso con deprivación aguda del estado conciencia se avisa al Intensivista, llega urgentemente e indica: intubación orotraqueal, canalización vía venosa central, sondajes, monitorización continua, EKG continuos, administración de drogas (...)

Se traslada el paciente al Hospital Insular, hospital de referencia, en ambulancia medicalizada en el turno de mañana.

Tras traslado se realiza tac craneal en CHUIMI urgente y detectan hematoma subdural agudo hemisférico izquierdo, que afecta a los ventrículos cerebrales, signos de herniación nucal, posibles focos de hemorragia (...) se realiza interconsulta urgente a Neurocirugía.

Se decide intervención Qx urgente, se habla con la familia. Después de la cirugía pasa a Medicina Intensiva. al poco tiempo de ingreso en UCI presenta mala evolución, posteriormente se estabiliza y queda pendiente de evolución neurológica.

CONCLUSIONES

1.- Ante la aseveración, referida en la reclamación efectuada, que tras el aseo y colocación del paciente en silla de ruedas el día 1 de diciembre de 2018 no le colocan sujeción ventral, mientras está sentado en la misma, tras lectura historial clínico e informes correspondientes concluimos que dicha acción era la que normalmente se realizaba durante el periodo de estancia del paciente en la (...)

Los mismos familiares estuvieron con el paciente tanto en los traslados cuando sí estaba sujeto el tronco a la silla de ruedas, como cuando estaba en la habitación sin sujeción ventral, y no protestaron.

Los familiares no estaban presentes durante la caída.

El paciente no estaba siendo trasladado. Estaba sentado en su habitación.

A la llegada del paciente a la clínica la familia lo sentaba sin tener todavía indicación médica, lo refiere la historia clínica de enfermería.

En el traslado a Rehabilitación sí se sujetaba al paciente. Éste realizaba rehabilitación en gimnasio.

El paciente tenía control de tronco suficiente, control del mismo suficiente, según informes del Servicio de Rehabilitación previos a la caída no tenía indicada la sujeción del mismo, no indicaciones médicas de sujeción ventral. Pero, en los traslados si se sujetaba a la silla de ruedas.

Era algo diario que el paciente se sentara en la silla de ruedas, o en sillón, para evitar el encamamiento, ello también estaba indicado.

La caída ocurrida fue un accidente casual.

- Refiere la reclamación que llega familiar tras caída y que observa al paciente solo y desasistido en su habitación.

No encontramos pruebas de tales hechos. El paciente sin estar los familiares cae y se golpea en cabeza, es recogido y colocan en cama, observado por médicos y enfermeras, intuban orotraquealmente (...) lo tratan tanto Medicina Interna, Intensivista y enfermería.

El hematoma subdural, que anotan en la reclamación "tenía cuando llegaron a (...) y vieron al paciente y que en ese momento lo trasladan (...) ", dicho hematoma fue

diagnosticado posteriormente en TAC urgente realizado en Hospital Insular al que sí trasladan al paciente, tras esperar la llegada de ambulancia medicalizada. El paciente no estuvo desasistido durante la estancia en la clínica, inmediatamente tras exploración después de la caída es intubado y tratado según se desprende del historial clínico».

4. Con fecha 13 de junio de 2023 se dicta acuerdo probatorio, admitiendo la documental propuesta por la reclamante consistente en la aportada con el escrito de reclamación y la que se aportará y pericial médica a aportar con posterioridad, así como la documental de la Administración, consistente en informe del SIP, historia clínica del paciente en el Hospital (...), informe del Director de Enfermería, así como del Servicio de Medicina interna del referido Hospital. Abierto periodo probatorio, se practica la testifical. Dicho acuerdo se notifica a la representante de la interesada con fecha 12 de junio de 2022.

5. Con fecha 8 de julio de 2022 se presenta escrito de proposición de prueba por la reclamante, por documental, la que consta ya en el expediente, así como testifical de la hija del Sr. (...) -(...)-; pruebas que son admitidas, retrotrayéndose el procedimiento puesto que con anterioridad se había concedido trámite de vista y audiencia, por error.

6. Por el hospital (...) se propone mediante escrito presentado el 17 de enero de 2023, como pruebas: documental por la aportada, esto es, Protocolo de Prevención y Actuación ante caídas, informe de Responsable de enfermería, Informe de Rehabilitación e informe de Responsable del Servicio de Medicina Interna así como testifical del Director de enfermería y de la Responsable de Medicina Interna de dicho hospital, igualmente pericial, por informe contradictorio realizado por perito, dichas pruebas fueron admitidas y practicadas las testificales.

7. Con fecha 24 de abril de 2023, se dicta acuerdo de trámite de audiencia presentándose alegaciones por parte del hospital (...) con fecha 27 de abril de 2023 por las que solicita la desestimación de la reclamación y por la representante de la interesada el 10 de mayo de 2023 reiterando la responsabilidad del centro hospitalario.

8. El 13 de mayo de 2023 se emite informe por el Servicio jurídico en relación con la Propuesta de Resolución, señalando la necesidad de que se aclaren determinados extremos. Tras ello, se emite informe complementario por el SIP con fecha 28 de julio de 2023. Consta igualmente documentación tenida en cuenta por dicho Servicio para la emisión de informes, entre los que se encuentra historia clínica

en el CHUIMI de (...), previa a su traslado al centro privado, así como informes de la Supervisora del Servicio de Rehabilitación, de la Dirección de enfermería y de la supervisora de la planta 6.ª sur del CHUIMI.

9. El 22 de diciembre de 2023 se procede a la apertura de un nuevo trámite de audiencia, a los efectos de trasladar la nueva documentación incorporada a los interesados, presentando escrito de alegaciones la reclamante con fecha 8 de enero de 2024 y el centro concertado el 22 de enero de 2024 una vez transcurrido el plazo de puesta a disposición de la notificación por vía telemática, y, por tanto, producidos los efectos de la notificación según consta en certificado emitido al respecto.

10. El 15 de enero de 2024 se emite Propuesta de Resolución sobre la que no se solicita nuevo informe al Servicio Jurídico, sin que se haga constar por el órgano instructor motivo alguno sobre su no preceptividad y que desestima la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

11. Con fecha 2 de abril de 2024 se emite Dictamen 157/2024 de este Consejo Consultivo de Canarias en el que se ordena retrotraer las actuaciones en los términos especificados en su Fundamento Jurídico III:

«Antes de entrar a valorar el fondo del asunto, es necesario realizar determinadas consideraciones a la vista de las actuaciones obrantes en el expediente.

En primer lugar, del protocolo aportado por el Hospital (...) de prevención y actuación ante caídas, y en concreto, del apartado 8.1, resulta que todas las personas presentan un riesgo de caídas, especificando en el subapartado 8.1.1. los factores, entre los que figura no sólo la Debilidad muscular o la Inestabilidad motora.

En el apartado 8.1.2 del mismo, resulta que «Se realizará la valoración de riesgo de caídas como parte de la valoración de enfermería a los siguientes grupos de pacientes:

1. A todos los pacientes hospitalizados», como es el caso.

En el apartado 8.1.3, se señala que la escala a utilizar en (...) para la valoración del riesgo de caídas, es en pacientes adultos la escala de riesgo J.H. Downton.

Y en el apartado 8.2. se contempla la IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS, con unas medidas generales de prevención.

Si bien es cierto que por parte del Responsable de enfermería al prestar declaración testifical se refiere que se cumplió el protocolo al efecto existente, no consta en la documentación remitida dicha valoración previa a la producción del hecho, por consiguiente tampoco la aplicación de la escala señalada ni la implementación correspondiente.

Sí consta, en cambio, referencia por Rehabilitación al «control de tronco», pero sin referencia a la necesidad o no de medidas de contención o de sujeción e informe posterior, de 21 de febrero de 2022, de la responsable de Medicina Interna sobre la no necesidad de medidas de sujeción.

Por tanto, dado que no figura que se haya realizado esa valoración, para que este Consejo pueda entrar en el fondo de la cuestión planteada sería necesario por un lado, que se solicite del Hospital (...) la remisión de la valoración realizada al Sr. (...). Igualmente, la emisión de un Informe facultativo, preferiblemente por parte del SIP, para que nos ilustre sobre si la no sujeción del paciente se corresponde al riesgo que según la escala a aplicar -J.H.DOWNTON- que se contiene en el protocolo del centro, presentaba el paciente en el momento de ingresar en el mismo el 16 de noviembre de 2018.

Una vez emitido, se ha de abrir nuevo trámite de audiencia a los interesados y, a la luz de sus alegaciones formular nueva Propuesta de Resolución.

Por lo demás, se observa que tras la emisión de informe por el Servicio Jurídico y solicitar esta la aclaración de determinados extremos, se emitió informe complementario por parte del SIP, quien previamente requirió historia clínica que obrara en el CHUIMI sobre la asistencia en el mismo al paciente a consecuencia del Ictus sufrido, así como informes complementarios emitidos en relación al estado de salud del Sr. (...) con anterioridad a la caída. No obstante, una vez concedido nuevo trámite de audiencia a los interesados y emitida nueva Propuesta de Resolución, no se solicita de nuevo el parecer de dicha Asesoría Jurídica, ni tampoco se justifica que se omita este trámite (considera que lo que solicita es para «apuntalar» los argumentos), por lo que previamente a la remisión a este Organismo de la nueva PR que se elabore, debería o bien realizarse nueva petición de informe jurídico o bien justificar en la misma el motivo por el que no se considera necesario el mismo.

Por último, como cuestión menor, sería necesario igualmente corregir la Propuesta de Resolución en algunos aspectos -entre otros, el párrafo previo a la parte Resolutoria-, que parece responder a otro expediente».

12. Con fecha 9 de abril de 2024 se solicita la información requerida por el Consejo Consultivo de Canarias al Hospital (...) y se insta la evacuación del informe complementario del SIP.

13. Con fecha 23 de abril de 2024 el SIP emite informe complementario dando respuesta a las cuestiones planteadas por este Consejo Consultivo en su Dictamen de 2 de abril de 2024.

14. Con fecha 3 de mayo de 2024 se acuerda dar traslado del informe complementario del SIP a la interesada y al Hospital (...)

Una vez transcurrido el plazo otorgado a tal efecto, no consta la formulación de alegaciones por parte de la interesada.

Por el contrario, figura en el expediente escrito de alegaciones formulado por el Hospital (...) -de 17 de junio de 2024-, en el que se manifiesta lo siguiente:

«Primero. El paciente Sr. (...) era un paciente de bajo riesgo de caídas después de sufrir el accidente cerebro vascular isquémico de arteria cerebral media derecha.

- Las barandillas y sistemas de sujeción no proporcionan una protección total ante las caídas.

- No resulta indicado implementar medidas de sujeción mecánica en pacientes que toleran satisfactoriamente la sedestación, como es el caso que nos ocupa –

- Desde el ingreso en julio 2028 hasta octubre de 2018 la evolución es satisfactoria con desplazamientos en silla de ruedas sin medidas de contención

Segundo. El paciente es trasladado al hospital (...) el 16 de noviembre de 2018, cuatro meses después del ictus en plena recuperación sin que se le prescribiera medida de sujeción alguna en el centro de referencia.

Tercero. Las anotaciones de enfermería corroboran la valoración del riesgo de caídas y no consta que cinco meses después del ictus se haya incrementado el riesgo ya que las sesiones de fisioterapia han dado su fruto positivo.

Cuarto. La valoración del riesgo se modifica a los 3 (meses) después de la caída sufrido el 1 de diciembre 2018 por consiguiente, la Inspectora Médico Sra. (...) entiende que no se consideró necesario establecer medidas de sujeción ni en el Chuimi ni en el Hospital (...) para continuar recibiendo el tratamiento rehabilitador con evolución favorable con anterioridad.

En conclusión, el Hospital cumplió con el protocolo de prevención y actuación ante caídas no resultando infringida norma alguna del protocolo, tratándose la caída de un desgraciado accidente fortuito».

15. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución -folios 1745 y 1746-], 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.

16. Con fecha 17 de julio de 2024 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se plantea

«desestimar la reclamación formulada por (...), Tutora de (...), representada por su letrada (...), por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública».

17. Mediante oficio de 19 de julio de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 23 de ese mismo mes y año], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

III

1. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende por este Consejo que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*. De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En este sentido, resulta oportuno reproducir las consideraciones efectuadas por el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, al señalar [con remisión a los informes médicos y a la historia clínica que obra en las actuaciones -art. 88.6 LPACAP-] cuanto se expone a continuación -folios 1748 y ss.-:

«SÉPTIMO.- La reclamación se centra en que, el paciente debido a la ausencia de sujeción a la silla de ruedas en la que se encontraba, sufrió una caída que le generó un hematoma subdural consecuencia del cual padece importantes lesiones cerebrales. Así mismo se señala en la reclamación que el centro carece de protocolo de caídas.

A la vista de la reclamación, la historia clínica del paciente, los informes preceptivos recabados y la prueba testifical practicada se acreditará que tal medida de sujeción no estaba prescrita toda vez que no la precisaba tal y como se fundamenta a continuación.

El paciente fue trasladado al Hospital (...) (Centro Concertado) para la realización de la rehabilitación precisa para la recuperación del Ictus que sufrió. En ese momento el paciente se encontraba consciente y orientado (doc folio 154) y no precisaba sujeción mecánica (folio 157).

La caída se produce un mes después de su ingreso en el citado Hospital, constando en la Historia Clínica que controlaba el tronco incluso consiguiendo bipedestación con ayuda (ver nota de 25 de noviembre folio 122 del expediente), tal y como se acredita por el Servicio de

Rehabilitación y se confirma por la Dra. (...) responsable del paciente en la declaración testifical.

En dicha declaración la Dra. (…) aclara que el Servicio de Rehabilitación (folio 132) deja constancia en su valoración de que el paciente controla el tronco por lo cual no precisa sujeción.

Los indicadores de fuerza del hemicuerpo izquierdo muestran un grado 3 sobre 5 en miembro superior izquierdo y 4 sobre 5 en miembro inferior izquierdo.

Expone así mismo "Respecto de la evolución de enfermería que consta en el folio 131 manifiesta que no está indicado en las órdenes médicas la contención toda vez que el paciente está consciente y orientado ya que llevaba un mes en el Hospital y que no precisó en ningún momento contención."

Asimismo, cabe destacar que el Hospital (...) cuenta con protocolo de caídas (folio 165) y se ha aplicado en el presente caso, así lo ha ratificado el Jefe de Enfermería del citado Hospital en su declaración en respuesta a la pregunta 8: que el Hospital tiene protocolo de prevención y actuación ante caídas el cual conoce y se aplica.

Aclaró así mismo que "la sedestación fue uno de los cuidados de enfermería que estaba prescrita mañana y tarde y que el paciente ha estado siempre consciente y orientado durante todo el ingreso e incluso después del incidente". Declaró que la sedestación es la capacidad que tiene el paciente de estar sentado en su verticalidad apoyando en su zona ilíaca. Y, efectivamente, como tenía capacidad para mantener la sedestación no precisaba sujeción (doc. 294).

Hemos de señalar que, a diferencia del criterio que sostiene la reclamante en sus alegaciones, como norma general la sujeción mecánica es una medida sanitaria excepcional cuya indicación responde a criterios clínicos y corresponde siempre al médico que asiste al paciente responsable tanto de su indicación como de la información al paciente y a sus familiares.

La STSJ de Castilla y León (Valladolid) núm. 2511/2015 de 4 noviembre. JUR 2015\293994, aclara, en un caso similar al que ahora se analiza que, el riesgo de caídas de un paciente debe valorarse de acuerdo con los datos de los que se dispone en el momento del ingreso de la paciente y a la vista de su evolución y no con posterioridad, a la vista de los sucesos acaecidos. Explica lo siguiente: "La medicación que tomaba el accidentado, con independencia de los efectos de sedación que produzca, no se considera que justifique la aplicación de medidas especiales para evitar el riesgo de caída en el contexto en la que esta caída se ha producido, tal y como ya ha sido descrito. La medicación indicada produce efectos tranquilizantes y de conciliación del sueño sin que se considere suficiente para hacer perder la consciencia respecto a los actos a realizar y respecto a la conducta a seguir como lo pone de manifiesto la conducta seguida por el propio accidentado. Éste detectó la necesidad

fisiológica de orinar dando la luz para realizarlo por sus propios medios acudiendo al lugar adecuado sin perder, en ningún momento, la consciencia atendiendo a las manifestaciones que realizada de lo ocurrido, tal y como las mismas se relatan por la enfermera y por las dos auxiliares en el documento que consta en el folio 107 del expediente administrativo y se confirma en el Informe Evolutivo de Enfermería en el que Doña (…) señala expresamente que "está consciente y orientado " (...) es evidente que la existencia de ese riesgo- de caídas- ha de valorarse en función de los datos existentes previamente y no a posteriori o de manera retrospectiva."

La caída se produce en un momento en que el paciente se encuentra solo, por lo que no existe ningún testigo presencial de los hechos que constante la forma exacta en la que se produce la caída.

Como indica el Director de enfermería en su informe, "El día 1 de diciembre, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, es aseado, se realizan los cuidados de enfermería prescritos y se sienta en silla de ruedas sin contención abdominal, ya que la misma no está prescrita. Sí que es verdad enfermería suele poner contención abdominal a los pacientes, pero cuando éstos son trasladados a la unidad de RHB para que no se caigan con los movimientos del trayecto.

Enfermería tras escuchar el golpe acude inmediatamente a la habitación del paciente y automáticamente llaman al facultativo de guardia el cual valora el paciente rápidamente.

En ese momento el paciente se encuentra consciente y orientado respondiendo adecuadamente al interrogatorio médico."

El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones concluye que no existían indicaciones médicas de sujeción ventral pero en los traslados sí se sujetaba a la silla de ruedas. Era algo diario que el paciente se sentara en la silla de ruedas, o en sillón, para evitar el encamamiento, ello también estaba indicado.

Refiere la reclamación que llega familiar tras caída y observa al paciente solo y desasistido en su habitación.

No encontramos pruebas de tales hechos. El paciente sin estar los familiares cae y se golpea la cabeza, es recogido y colocan en cama, observado por médicos y enfermeras, intuban orotraquealmente (...) lo tratan tanto Medicina Interna, Intensivista y enfermería.

Señala dicho informe que el hematoma subdural fue diagnosticado posteriormente mediante TAC urgente realizado en el Hospital Insular donde fue trasladado. El paciente no estuvo desasistido durante la estancia en la clínica, inmediatamente tras exploración después de la caída es intubado y tratado según se desprende del historial clínico.

La STS, Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005 (RJ 2005, 9332), recurso de casación 6595/2001, en su FJ 4º, señala : " (...) como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia

consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar", debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido cuando no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc".

Por su parte, la STSJ de Asturias, núm. 1004/2016 de 12 diciembre. JUR 2017\62570, concluye la desestimación de responsabilidad patrimonial, en un caso análogo al que ahora nos ocupa, por los siguientes motivos : "en todo momento se pusieron al servicio de la paciente los recursos sanitarios necesarios para el adecuado manejo de sus lesiones, tanto en tiempo como en forma, y a lo largo de todo el proceso asistencial se identifica una actuación médica de los profesionales médicos intervinientes rigurosamente ajustada a la lex artis, tanto en el diagnóstico y como en el tratamiento que le fue seguido. En las anteriores circunstancias, ante la idoneidad y corrección de las técnicas médicas dispensadas a la paciente, ajustadas en todo momento a la lex artis ad hoc, las secuelas resultantes no pueden calificarse de lesión antijurídica, sino como lamentable consecuencia de las fracturas producidas por una caída fortuita".

OCTAVO. A tal efecto recabados los oportunos informes, tras la solicitud del servicio jurídico (Informes de la supervisora de Rehabilitación y de la Supervisora de Planta, del CHUIMI) se destaca que durante la estancia en el CHUIMI del paciente:

1) El equipo de fisioterapeutas del servicio de rehabilitación del HUIGC que se encarga de los pacientes hospitalizados les tratan en un gimnasio específico para pacientes ingresados o en las habitaciones donde estén ubicados y el objetivo del tratamiento es la movilización y mejorar la funcionalidad, lo que conlleva no utilizar contenciones que dificultarían las movilizaciones y el trabajo en general.

Por lo tanto, los fisioterapeutas que en el 2018 estuvieron tratando a (...) no pusieron contenciones ningunos al paciente durante las sesiones de rehabilitación. (Informe de la Supervisora de Rehabilitación (CHUIMI, folio 1645).

2) Tras proceder a la revisión de la HCE del paciente se comprueba que, al menos durante la estancia en este servicio y hasta la fecha de traslado a centro concertado, no hay registro alguno por parte del personal de la necesidad de contención física y no se prescribieron por parte del facultativo responsable las contenciones físicas, aunque sí se realizaba la sedestación una vez indicada por el facultativo y a partir de la aportación del

casco para movilización del paciente en caso de craniectomías descompresivas. (Informe de la Supervisora de Planta, CHUIMI, folio 1646).

A la vista de dichos informes y de la Historia Clínica el Servicio de Inspección y Prestaciones señala (folios 370 y 371):

1.- El paciente Sr. (...), ingresó en el Servicio de urgencias del CHUIMI en la fecha 4 de julio de 2018 como código ictus por sufrir accidente cerebrovascular isquémico de arteria cerebral media derecha de etiología aterotrombótica. Recibe tratamiento y permanece ingresado en dicho centro. Inicia tratamiento rehabilitador en planta de hospitalización del CHUIMI el 14 de agosto de 2018.

Desde septiembre de 2018 se procede a sedestación (sillón/silla de ruedas). En octubre de 2018 inicia sesiones de fisioterapia en gimnasio.

No existe anotación en historia clínica referida a la necesidad de adoptar medidas de contención o sujeción durante el ingreso en planta de hospitalización con buena adaptación a la sedestación y traslados desde planta a gimnasio de rehabilitación.

Dada la situación del paciente, desde noviembre de 2018, por el Servicio de Neurología se decide traslado a Centro Concertado para continuar tratamiento rehabilitador.

Una vez se dispone de cama en centro concertado es trasladado al Hospital (...) el 16.11.18.

2.- A modo de conclusión, valorando el proceso sufrido a raíz del ACV sufrido en julio de 2018 y sus secuelas, una vez se inicia tratamiento rehabilitador en el CHUIMI, así como sedestación en sillón o en silla de ruedas, no se consideró preciso aplicar medidas de contención ni en el CHUIMI ni en la prolongación del ingreso en centro concertado para continuar recibiendo tratamiento rehabilitador.

NOVENO.- El Consejo Consultivo en su dictamen n.º 157/2024 en relación con la necesidad de adopción de medidas de contención o sujeción del paciente, solicita del hospital (...) "la remisión de valoración realizada al Sr (...). Igualmente, la emisión de un informe facultativo preferiblemente por parte del SIP, para que nos ilustre sobre si la sujeción del paciente se corresponde al riesgo que según la escala a aplicar -J.H.DOWNTON- que se contiene el protocolo del centro, presentaba el paciente en el momento de ingresar en el mismo el 16 de noviembre de 2018.

Al respecto, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 88.6 de la LPACAC (...) se incorpora (...) como fundamento de la presente Resolución, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 23 de abril de 2024 requerido por el Consejo Consultivo:

1.- El paciente Sr. (...), ingresó en el Servicio de Urgencias del CHUIMI en la fecha 4 de julio de 2018 como código ictus por sufrir accidente cerebrovascular isquémico de arteria cerebral media derecha de etiología aterotrombótica.

La escala para la valoración del riesgo de caídas Downton en dicha fecha determinó una puntuación total de 2. Por tanto, Bajo riesgo. (...) .

Todos los pacientes ingresados tienen, en alguna medida, riesgo de caerse durante su estancia. En la literatura científica existen estudios que han demostrado que algunas caídas se van a producir a pesar de que se usen sujeciones en el momento de la caída.

Estudios descriptivos han demostrado que los pacientes se caen de la cama a pesar de estar levantadas las barandillas. Es decir, las barandillas y sistemas de sujeción no proporcionan una protección total ante las caídas. No pueden hacerse recomendaciones generales en lo que concierne al uso de barandillas y sujeciones. Por otra parte, el uso de sujeciones mecánicas que limitan la movilidad del paciente con riesgo son muy controvertidas.

En los casos de sillas de ruedas p.ej: el usuario no debe estirarse demasiado o intentar alcanzar objetos con la manos que estén fuera de tu alcance, ya que podría volcar o caer de la silla de ruedas. Ello supondría contener los miembros superiores o de otra manera, usar sistemas de contención o posicionamiento con dispositivos ajustables como chalecos, petos o cintas.

En pacientes conscientes y orientados, que toleran satisfactoriamente la sedestación, con capacidad de mantener la posición vertical de manera independiente, para reducir el riesgo de caídas en situaciones de bajo riesgo, como en el presente caso, no resultaría indicado implementar medidas de sujeción mecánica.

2.- El paciente evolucionó satisfactoriamente, desde septiembre de 2018 se procede a sedestación (sillón/silla de ruedas). En octubre de 2018 inicia sesiones de fisioterapia en gimnasio con desplazamientos en silla de ruedas dentro del recinto hospitalario, sin medidas de contención.

3.- Una vez se determina la necesidad de continuar tratamiento rehabilitador y se dispone de cama en centro concertado es trasladado al Hospital (...) el 16.11.18

El paciente se encuentra consciente y orientado. Consta que dispone de barandillas en la cama (17.11.18). El mismo día 17.11.18 se registra: " (...) la familiar insiste en levantar al paciente y se le explica que sin pauta médica no lo haremos por riesgo de caída (...) ". Lo que viene a corroborar que para este paciente sí fue identificado y considerado el riesgo de caída en Hospital (...)

Entre las anotaciones de enfermería destacamos:

19.11.18: Sentado mañana y tarde en silla de ruedas.

25.11.18: sentado en silla de ruedas y pasea por la unidad y terraza.

29.11.18: sentado en silla de ruedas pasa gran parte de la tarde en la terraza

30.11.18: consta uso de barandillas en la cama. Se sienta en la tarde y sale a terraza.

No se dispone del test de cribado escala J.H Downton documental del riesgo de caída realizada en Hospital (...), si bien nada hace pensar que cinco meses después, dado el tiempo transcurrido y el programa de rehabilitación aplicado, el riesgo se haya incrementado con respecto a su ingreso en CHUIMI, toda vez que la evolución había sido favorable con las sesiones de fisioterapia recibidas.

4.- Tras la caída en H. (...) el 01.12.18 y las complicaciones surgidas, siendo derivado de nuevo al CHUIMI, la nueva escala para la valoración del riesgo de caídas Dowton de 18.01.19 es ahora modificada con una puntuación de 3 como de alto riesgo. (...) .

-Informe del Servicio de Rehabilitación que indique si, con carácter previo al alta de 16 de noviembre de 2018, el paciente (...), HC 721790 requirió medidas de contención o de sujeción durante los periodos que permanecía sentado en sillón, en silla de ruedas para el desplazamiento o durante el tratamiento fisioterápico.

-Informe de la Subdirección de enfermería que aclarara si existió indicación alguna de medidas de sujeción/contención.

1.- El paciente Sr. (...), ingresó en el Servicio de urgencias del CHUIMI en la fecha 4 de julio de 2018 como código ictus por sufrir accidente cerebrovascular isquémico de arteria cerebral media derecha de etiología aterotrombótica.

Recibe tratamiento y permanece ingresado en dicho centro.

Inicia tratamiento rehabilitador en planta de hospitalización del CHUIMI el 14 de agosto de 2018. Desde septiembre de 2018 se procede a sedestación (sillón/silla de ruedas).

En octubre de 2018 inicia sesiones de fisioterapia en gimnasio.

No existe anotación en historia clínica referida a la necesidad de adoptar medidas de contención o sujeción durante el ingreso en planta de hospitalización con buena adaptación a la sedestación y traslados desde planta a gimnasio de rehabilitación.

Dada la situación del paciente, desde noviembre de 2018, por el Servicio de Neurología se decide traslado a Centro Concertado para continuar tratamiento rehabilitador.

Una vez se dispone de cama en centro concertado es trasladado al Hospital (...) el 16.11.18.

2.- A modo de conclusión, valorando el proceso sufrido a raíz del ACV sufrido en julio de 2018 y sus secuelas, una vez se inicia tratamiento rehabilitador en el CHUIMI, así como sedestación en sillón o en silla de ruedas, no se consideró preciso aplicar medidas de

contención ni en el CHUIMI ni en la prolongación del ingreso en centro concertado para continuar recibiendo tratamiento rehabilitador."

No se aprecia, por tanto, daño antijurídico indemnizable, ya que la actuación del Centro fue en todo momento ajustada a la lex artis, no pudiendo atribuirse la caída del paciente a negligencia alguna. Durante su estancia previa en el CHUIMI no fue prescrita medida de contención. El paciente no tenía alto riesgo de caídas, por otra parte, tampoco avisó al personal sanitario antes de levantarse de la silla. Todo ello hace que la caída fuera imposible de prever y, por tanto, de evitar».

2. En conclusión, habida cuenta de que, por una parte, no se han aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la presente reclamación [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y de que, por otra parte, a tenor del contenido de los informes y demás medios de prueba que obran en el expediente lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...), en calidad de tutora de (...), se considera conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento III de este Dictamen.