

Dictamen n^o: **79/15**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **25.02.15**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 25 de febrero de 2015, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por I.S.R., sobre los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario de Torrejón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 11 de octubre de 2013, el reclamante presentó a través de la oficina de registro del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, un escrito por el que solicitaba la declaración de la existencia de responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid, en relación con los daños y perjuicios ocasionados por la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Torrejón (HUT), como consecuencia de una caída de la cama, sufrida durante su ingreso hospitalario, que le ocasionó un traumatismo craneoencefálico grave.

Manifestaba que el 30 de abril de 2013, acudió al Servicio de Urgencias del HUT, por malestar general y dolor en hemitórax izquierdo, con antecedentes por cardiopatía isquémica crónica, y que fue trasladado a la UCI, donde permaneció atado debido a sus continuos intentos de

incorporación y de retirada de las vías instauradas y a su estado de desorientación y edad.

Tras su traslado a planta, señalaba el reclamante, no se tuvo la precaución debida por parte del personal sanitario de sujetarlo a la cama, como se hizo anteriormente en la UCI, sufriendo una caída de la cama a las 6:44 horas del 4 de mayo al intentar incorporarse.

Como consecuencia de la caída, sufrió un traumatismo craneoencefálico grave que le ocasionó numerosas complicaciones médicas de irreparable solución, al encontrarse en un estado semiconsciente, con escasos momentos de lucidez, siendo totalmente dependiente de terceras personas.

Solicitaba por ello una indemnización por importe que no determinaba. En escrito posterior, determinó la misma en quinientos noventa y siete mil ochocientos cincuenta y seis euros con cincuenta y siete céntimos de euro (597.856,57 €).

Acompañaba a su escrito de reclamación diversa documentación médica.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

El reclamante, de 86 años de edad en el momento de los hechos, contaba con antecedentes de cardiopatía coronaria crónica con doble bypass en 1997, síndrome coronario agudo en 2009, cáncer de próstata, plaquetopenia y enfermedad de Parkinson desde hacía dos años, con vida semi-independiente; en tratamiento múltiple y antiagregado.

El 30 de abril de 2013 ingresó en la UCI del HUT, por dolor en hemitórax izquierdo e infección respiratoria. Durante su ingreso en dicha unidad, sufrió varios periodos de desorientación, agitación y agresividad, con intentos de retirarse las vías periféricas y la sonda vesical, requiriendo

contención mecánica (siendo precisa la actuación de 6 profesionales para acostarlo en la cama) y farmacológica. Su evolución señala: *“estable a nivel cardiovascular, se mantiene oxígeno con gafas nasales, función renal normal. A nivel neurológico sin déficit motor, excita por la noche”*.

Posteriormente, pasó a planta con tratamiento de heparina y doble antiagregación. En la noche del 3 al 4 de mayo, no habiendo familiar en la habitación, sufrió una caída desde la cama, siendo descubierto por la enfermería en la visita de las 6:00 horas, en el suelo, confuso, somnoliento y desorientado, con herida ciliar y traumatismo en región fronto-orbitaria izquierda y edema parpebral; se avisó al internista de guardia y a Neurocirugía, se solicitó un TAC craneal donde se observó una hemorragia subaracnoidea amplia que provocó mayor deterioro funcional y cognitivo, agitación psicomotriz, descompensación glucémica y una broncoaspiración con fracaso multiorgánico.

De todo ello, fue mejorando aunque con un nivel de conciencia fluctuante, quedando semiinconsciente (con tendencia a ojos cerrados, obedece a órdenes sencillas y moviliza las cuatro extremidades y sin poder realizar las actividades básicas de la vida diaria); fue dado de alta el 22 de mayo de 2013, para pasar a Unidad de Atención Domiciliaria, con el siguiente estado:

“sin tratamiento anticoagulante o antiagregante desde el traumatismo, en el momento actual se encuentra consciente, con tendencia a ojos cerrados, obedece órdenes sencillas, moviliza las 4 extremidades sin aparentes déficits, se encuentra orientado en persona, desorientado en tiempo y espacio. La revisión del TAC craneal de control muestra mejoría significativa persistiendo pequeño componente subdural crónico frontal derecho sin desplazamiento de línea media, por lo que puede ser dado de alta con un tratamiento médico para sus patologías de base, alimentación y líquidos espesos y

actividad física la que tolere siendo citado en consultas externas de neurocirugía en 15 días. Al alta presenta una úlcera necrótica en miembro inferior izquierdo que ha sido curada localmente y que requerirá que continúen haciéndolo en atención primaria”.

El día 29 regresó a Urgencias, donde en un nuevo TAC de control se observó mejoría de la hemorragia cerebral, pudiendo reanudar el tratamiento antiagregante, siendo derivado la Fundación A para su convalecencia y rehabilitación por deterioro funcional, hasta su alta el 28 de septiembre de 2013.

Consta el examen realizado al reclamante para la solicitud de ayuda por dependencia, de fecha 18 de septiembre de 2013, en el que se consigna incapacidad funcional severa, movilidad limitada a silla de ruedas, < de 2 puntos – dependiente total –, en la escala de Lawton Brody (en la que la máxima dependencia es una puntuación de 0).

TERCERO.- A causa de la referida reclamación se ha instruido un procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Mediante escrito de la jefa del Servicio de Responsabilidad Patrimonial, de 21 de octubre de 2013, se comunicó al reclamante el inicio del procedimiento, y se le requirió concretar la cuantía económica en que valoraba la indemnización pretendida. Con fecha 26 de noviembre de 2013, actuando mediante representación letrada, presentó escrito al que

incorporaba un informe sobre valoración del daño corporal, que determinaba el importe de la indemnización en 597.856,57 euros.

Se ha incorporado al expediente el informe emitido por la supervisora de enfermería del HUT, de 16 de diciembre de 2013, en el que se recogía:

“El paciente (...) llega a la habitación de la planta el 2 de mayo del 2013 en el turno de tarde. Anteriormente, en su estancia en UCI, precisó de contenciones blandas por desorientación en momentos puntuales, no durante toda su estancia en la Unidad. A su llegada se encuentra consciente, orientado y colaborador. En la escala de Glasgow realizada por la enfermera al ingreso tiene una puntuación de 15. Y una puntuación de 4 en la escala Downtown por lo que se dejan las barandillas de la cama subidas, sin precisar medidas excepcionales y extremas como la sedación o la contención mecánica. Se habla con la familiar que refiere que en casa el paciente es independiente para las actividades de la vida diaria. La noche y todo el día siguiente su situación basal es buena, sigue consciente y orientado y se levanta al sillón sin incidencias.

La noche del 3 al 4 se queda durmiendo solo. Se pasa a la habitación por protocolo a las 24 y a las 3 horas comprobando que el paciente se encuentra tranquilo. A las 6 de la mañana, al realizar la última ronda de la noche, se encuentran al paciente en el suelo. La barandilla de los pies se encuentra caída por lo que presumiblemente el paciente se debió intentar levantar y al hacer fuerza la barandilla cedió. En ese momento se avisa al médico de guardia para que valore al paciente, se toman constantes y se coloca de nuevo en la cama entre las enfermeras, la auxiliar y el personal de apoyo.

En ningún momento la situación basal del paciente hacía prever la caída y se tomaron las medidas y realizaron los cuidados adecuados en relación a la patología y situación actual del paciente”.

Por su parte, la Inspección Médica emitió informe, de 3 de junio de 2014, en el que, tras exponer los hechos del caso, ponía de manifiesto el siguiente juicio crítico:

“Se trata de un paciente de 86 años con Parkinson que realiza las actividades de la vida diaria, que ingresa por un síndrome coronario agudo en la UCI del hospital de Torrejón, sufriendo en las primeras 48 horas de su ingreso en esa unidad un cuadro de delirio hiperactivo que requiere la indicación de Haloperidol y de lo que no recuerda nada unas horas después.

Pasa a una planta de hospitalización en donde, según indica la supervisora de enfermería se le evalúa el riesgo de caída con la escala Downton en 4 (riesgo alto) y se le suben las barandillas. Estos datos no han sido aportados por el hospital, a pesar de haber solicitado desde esta inspección ampliación de datos.

Que tras ser vigilado por un familiar constantemente aproximadamente durante 24 horas, el paciente había pasado la primera noche en la planta sin problemas, en la segunda noche se queda solo y, según indica la supervisora de enfermería se pasa por la habitación según el protocolo a las 24 h y a las 3 horas, lo que no está reflejado en ninguna hoja de incidencias, ni siquiera en los datos que se piden por esta inspección al hospital para su ampliación. El paciente es encontrado a las 6,40 horas tendido en el suelo con la barandilla de pies caída, con un importante traumatismo ciliar. Tras ser estudiado el paciente ha sufrido un traumatismo craneoencefálico con resultado de una hemorragia subaracnoidea, lo que supuso una

estancia prolongada en el hospital con múltiples complicaciones y la necesidad de seguir ingresado en un hospital de media estancia hasta poder ser trasladado a su domicilio, sin haber recuperado tras ello su independencia para las actividades básicas de la vida diaria.

Llama la atención que con una puntuación 4 de la escala Downton no se dispusiera una supervisión más estrecha que para cualquier otro paciente sin riesgo de caída, lo que puede ser realizado por el personal auxiliar de enfermería. Por otra parte llama la atención que una caída del paciente y de la barandilla de los pies, desde la altura de la cama no hiciera ningún ruido que alarmase al personal de enfermería del turno de noche que les permitiera acudir de inmediato”.

Concluía finalmente el informe de la Inspección Médica que la atención prestada no fue adecuada respecto a los cuidados de enfermería, produciéndose un daño desproporcionado respecto al diagnóstico de ingreso y su posible evolución.

Igualmente, se ha incorporado al expediente un dictamen médico emitido por médico especialista universitario en valoración del daño corporal, que valoraba los daños ocasionados en 51.621,01 euros.

Consta notificada por los servicios postales, con fechas 5 y 29 de septiembre de 2014, la apertura del trámite de audiencia, tanto al reclamante, como al HUT.

En uso de dicho trámite, el 17 de septiembre de 2014, el director gerente del HUT presentó escrito (de 16 de septiembre), al que incorporaba las alegaciones planteadas por la directora de Enfermería, en el que informaba que: a su llegada a planta, el reclamante se encontraba consciente y orientado; se valoró al reclamante y se le realizaron las escalas de prevención de caídas y úlceras por presión; la noche anterior que pasó en

hospitalización, estaba tranquilo, sin signos de desorientación, durante la noche, se realizaron cinco visitas a la habitación 23:00, 23:30, 24:30, 3:00 y 6:00, encontrándose en esta última visita al reclamante en el suelo con una de las barandillas bajadas.

Añadía que la puntuación de 4 en la escala Downton (por la que se atribuye 1 punto a cada factor de riesgo, siendo alto riesgo cuando la puntuación es mayor de 2 puntos), se otorgó porque estaba tomando diuréticos y antihipertensivos, por lo que se dejan las barandillas subidas, el timbre de llamada a mano y una luz de emergencia encendida, ya que *“no está indicado en ningún caso que a todos los pacientes que tomen este tipo de medicación en un hospital, haya que atarles a la cama para prevenir caídas”*, conforme el protocolo aplicable, que adjunta.

Concluía resaltando que:

“En la página 7 del protocolo de actuación de enfermería en la prevención de caídas, que se adjunta, se describe como por protocolo se realiza una visita a la habitación cada 4 horas en pacientes que no tienen acompañantes.

“Si el paciente no dispone de acompañante y tiene “riesgo de caídas”, se establecerá un programa de visitas a la habitación cada 4 horas por el personal sanitario, cuyo objetivo sea valorar el estado del paciente y atender posibles necesidades”.

Por su parte, la representación del reclamante presentó escrito de alegaciones el 13 de octubre de 2014, en el que informaba del aumento de su grado de dependencia a grado III.

Transcurrido el trámite de audiencia, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 26 de enero de 2015, en el

sentido de estimar parcialmente la reclamación patrimonial, reconociendo una indemnización por importe de 51.621,01 euros.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante Orden de 29 de enero de 2015, que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el 3 de febrero siguiente, solicita la emisión del preceptivo dictamen, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VI presidida por la Excm. Sra. Dña. Beatriz Grande Pesquero, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 25 de febrero de 2015.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), al ser la reclamación de cuantía superior a 15.000 €, y a solicitud de un órgano legitimado para ello, el consejero de Sanidad, según el artículo 14.1 LCC.

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC.

SEGUNDA.- El reclamante está legitimado activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen

Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), por ser la persona afectada supuestamente por una deficiente asistencia sanitaria.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva, corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que es muy reiterada y pacífica la doctrina de este órgano consultivo (valgan por todos los dictámenes 211/12, de 11 de abril y el más reciente 13/15, de 21 de enero) que, asumiendo la también reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las Sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso- Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª), sostiene que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder.

En cuanto al plazo para reclamar, el artículo 142.5 de la LRJ-PAC establece que prescribe al año de producirse el hecho lesivo y en el caso de daños físicos o psíquicos desde la curación o la determinación de las secuelas.

Como venimos considerando, rige en este ámbito el principio de la *actio nata*, de modo que el plazo de prescripción comienza a correr desde que la acción pudo ejercitarse, es decir cuando se conocieron los elementos que permitían su ejercicio, esencialmente el conocimiento del daño y de su ilegitimidad (dictámenes 156/11, 608/13, 164/14 ó 432/14, y abundante jurisprudencia, Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de julio de 2012, recurso 2962/2010, entre otras muchas).

En el presente caso, tras el accidente, el reclamante estuvo hospitalizado hasta el 22 de mayo de 2013, y fue derivado a otra institución para su convalecencia y tratamiento rehabilitador hasta su alta el 28 de septiembre de 2013. Al haberse presentado la reclamación el 11 de octubre de 2013, no cabe duda que fue interpuesta dentro del plazo legal.

En otro orden de cosas, los procedimientos de responsabilidad patrimonial han de tramitarse de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

A estos efectos el centro sanitario implicado ha emitido informe sobre la asistencia que se prestó, conforme establece el artículo 10 RPRP y se ha concedido trámite de audiencia al interesado, de acuerdo con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 RPRP. Igualmente, se ha aportado informe del Servicio de Inspección Sanitaria.

TERCERA.- Entrando ya a analizar el fondo de la pretensión que se formula, debemos partir de la consideración de que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución, y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y

exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente, recoge dicha Sentencia que:

“La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que “no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

CUARTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, en primer lugar no resulta controvertido en el procedimiento, que el reclamante sufrió una caída la noche de 3 al 4 de mayo de 2013, mientras se encontraba ingresado en el HUT, así como que de dicho accidente se derivaron lesiones de consideración, ya relatadas.

Acreditados así, tanto el daño como la relación de causalidad con el servicio público sanitario, hay que tener en cuenta que en el ámbito que nos ocupa, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de este servicio público, introduciéndose por la doctrina y jurisprudencia el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, exigiéndose para determinar la responsabilidad la existencia no sólo de la lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del

profesional sanitario la de prestar la debida asistencia, sin que pueda garantizar en todo caso, la curación del enfermo (como señala abundante jurisprudencia), de modo que *“la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de julio de 2004, Sala Tercera, Secc. 6ª, recurso 2794/2000).

La cuestión se centra en determinar si, por el estado del paciente, se adoptaron las medidas adecuadas de inmovilización, una vez abandonó la UCI y fue trasladado a planta.

La respuesta debe ser afirmativa a la vista de los datos aportados al procedimiento, especialmente por el contenido del informe de la supervisora de Enfermería, de 16 de septiembre de 2014, en el que hace constar, sin duda a la vista de las censuras que plasmó la Inspección Sanitaria, que el reclamante, a su ingreso en planta, estaba tranquilo y se le asignó una puntuación de 15 en la escala de Glasgow (traumatismo leve casi moderado), y de 4 en la escala Downton. Añade que por ello *“se dejan las barandillas de la cama subidas, sin precisar medidas excepcionales y extremas como la sedación o la contención mecánica”*.

Confrontando las afirmaciones vertidas en tal informe, con el protocolo de inmovilización terapéutica aplicable, se deduce que se actuó conforme sus indicaciones, incluidas las visitas de Enfermería por la noche, que se reflejaron en el parte correspondiente, que se aporta.

De este modo, si bien de la documentación examinada en su momento por el inspector, pudiera haberse concluido, como él mismo hace, que no se acreditó la adopción de las medidas de contención y vigilancia adecuadas, lo cierto es que a la vista de los datos aportados en trámite de alegaciones por el HUT, debemos concluir que la actuación fue correcta, acorde con las circunstancias que presentaba el paciente.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial presentada, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención sanitaria dispensada al reclamante.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 25 de febrero de 2015